



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

KAREN LURY ABE

ROBERTA ZUNINO

**A DINÂMICA FAMILIAR E A QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS LONGEVOS
DEPENDENTES DE CUIDADOS E DE SEU FAMILIAR CUIDADOR**

FLORIANÓPOLIS

2010

KAREN LURY ABE

ROBERTA ZUNINO

RELATÓRIO DE PESQUISA

**A DINÂMICA FAMILIAR E A QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS LONGEVOS
DEPENDENTES DE CUIDADOS E DE SEU FAMILIAR CUIDADOR**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação
apresentado ao Curso de Graduação em
Enfermagem, da Universidade Federal de Santa
Catarina, para obtenção do grau de Enfermeira.

Orientadora: Prof^ª Dra. Silvia M. A. dos Santos

FLORIANÓPOLIS

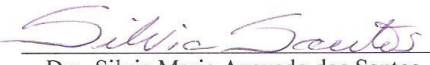
2010

KAREN LURY ABE
ROBERTA ZUNINO

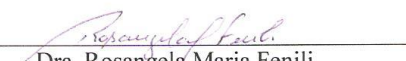
**A DINÂMICA DA FAMÍLIA E A QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS
LONGEVOS DEPENDENTES E DE SEU FAMILIAR CUIDADOR**

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (TCC), desenvolvido na 8ª fase, na disciplina INT 5162 – Estágio supervisionado II, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

Banca Examinadora


Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos


Dra. Lúcia H.T. Gonçalves


Dra. Rosângela Maria Fenili

Florianópolis, 01 de julho de 2010



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 231.9480 - 231.9399 Fax (048) 231.9787

DISCIPLINA:INT 5162- ESTÁGIO SUPERVISIONADO II

PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

O Relatório da Pesquisa *A dinâmica familiar e a qualidade de vida de idosos longevos dependentes e de seu familiar cuidador* aqui apresentado é de grande relevância e atualidade, considerando o processo de envelhecimento populacional que ocorre em todo país e principalmente na cidade de Florianópolis. Merece destaque o arrojo científico das acadêmicas Karen L. Abe e Roberta Zunino em terem aceito o desafio de desenvolverem seu trabalho de conclusão do curso realizando uma “perna” do estudo multicêntrico *A Dinâmica da família de idosos mais idosos: o convívio e cuidados na quarta idade – DIFAI*, desenvolvido pelas pesquisadoras do Grupo de Estudos sobre Cuidados em Saúde de Pessoas Idosas – GESPI/PEN/UFSC. Justamente por tratar-se de uma parte desse macro-projeto de pesquisa o trabalho desenvolvido pelas alunas constou de múltiplos instrumentos para coleta dos dados, que foram aprendidos e aplicados com competência pelas mesmas. No entanto, o processo de análise e discussão dos dados levou um tempo maior do que o previsto em função das mesmas estarem iniciando-se no mundo da pesquisa. Fato que também impediu que, nesse curto espaço de tempo (4 meses) onde também desenvolveram seu estágio de prática profissional, elas conseguissem organizar os resultados na forma de artigo, além do grande volume de dados que dispunham. A produção de tais artigos junto com a orientadora e demais pesquisadoras do GESPI envolvidas na pesquisa é compromisso que as acadêmicas assumiram realizar logo após a conclusão do curso.

O desenvolvimento dessa pesquisa foi bem sucedido pelo empenho e responsabilidade das acadêmicas no desempenho de suas atividades, na interação com os idosos mais idosos e seus familiares no momento das visitas domiciliares para coleta dos dados e na integração com a equipe multiprofissional da Unidade Local de Saúde. Assim, acredito que Karen e Roberta não apenas iniciaram-se na arte da pesquisa, mas aprenderam muito sobre o processo de envelhecimento, as demandas de cuidados requeridos pelos idosos mais idosos dependentes e o universo dos cuidadores familiares.


Profa. Dra. *Silvia M^a Azevedo dos Santos*
Orientadora

AGRADECIMENTOS

À Deus, por te nos dado o presente da vida e iluminar nossas caminhadas...

Às nossas famílias, por todo o amor, dedicação, paciência e força nessa caminhada. Vocês foram maravilhosos!

Aos nossos namorados pelo imenso carinho, paciência e compreensão, principalmente nos finais de semana em que eram trocados pelo TCC.

À nossa supervisora Luci, pelas valiosas contribuições, tanto nos relatórios, como para a profissão e para a vida!

Aos idosos e seus familiares cuidadores que nos receberam tão abertamente em seus lares...

À toda a equipe do Centro de Saúde Canasvieiras, por nos tratar como colegas e contribuir significativamente em nossa formação.

À professora orientadora Silvia, obrigada pelas correções, orientação, confiança, compreensão e reconhecimento de nossos esforços!

À prof. Rôsangela Fenilli pela escuta atenta e ombro amigo.

À prof. Lucia Takase por ter aceitado prontamente a participar de nossa banca. Obrigada também professora pelos ensinamentos, pelas conversas nas horas difíceis, por toda a sua preocupação comigo. Enfim, por ser um pouquinho minha "mãe".

Aos amigos Sandra e Silvio, pelas inúmeras orientações e pelos momentos de descontração.

À prof. Angela Alvarez, por ter me acolhido, ter confiado e me "ensinado os primeiros passos".

À prof. Marta Prado, por todos os momentos de ensinamentos, incentivo a pesquisa, carinho, paciência e confiança.

Aos grupos de pesquisa GESPI e EDEN por nos instigar a área da pesquisa.

A todos os professores do curso, em especial aos prof. Jeferson e Daniela Barros, por deixarem em nossos corações exemplos de dedicação a profissão e amizade.

A nossos colegas de curso pela jornada que, com certeza, deixará saudades... Adoramos vocês!

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AVDs	Atividades de vida diárias
AIVDs	Atividades instrumentais de vida diárias
CS	Centro de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
DIFAI	Dinâmica da família de idosos mais idosos
GESPI	Grupo de Estudos sobre Cuidados em Saúde de Pessoas Idosas
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSF	Programa Saúde da Família
QPFC	Questionário de Perfil do Familiar Cuidador
QV	Qualidade de vida
SestatNet	Sistema Especialista usado para o Ensino de Estatística na Web
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
VD	Visita Domiciliar

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Domínios, facetas e itens do WHOQOL-bref.....	22
Tabela 02: Método de Conversão de escores por domínios do WHOQOL-bref.....	23
Tabela 03: Facetas, conceitos e itens das facetas do WHOQOL-old.....	25
Tabela 04: Dados sociodemográficos dos idosos.....	32
Tabela 05: Diagnóstico médico confirmado e queixa dos idosos.....	33
Tabela 06: Dados sociodemográficos dos cuidadores.....	36
Tabela 07: Classificação da funcionalidade familiar, segundo APGAR de Família.....	39
Tabela 08: Média dos escores dos domínios do WHOQOL-bref em idosos mais idosos de um centro de saúde de Florianópolis, 2010.....	39
Tabela 09: Média das facetas do WHOQOL-old em idosos mais idosos de um centro de saúde de Florianópolis, 2010.....	42
Tabela 10: Média dos escores dos domínios do WHOQOL-bref em cuidadores de um centro de saúde de Florianópolis, 2010.....	45
Tabela 11: Estilo de vida individual do familiar cuidador.....	49

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	06
LISTA DE TABELAS	07
1. INTRODUÇÃO	09
2. OBJETIVOS	12
2. Geral.....	12
2.2 Específicos.....	13
3. Justificativa.....	13
4. REVISÃO DA LITERATURA	13
5. METODOLOGIA	18
5.1 O contexto do estudo.....	18
5.2 Sujeitos e Amostra da pesquisa.....	20
5.3 Procedimentos para a coleta de dados.....	20
5.4 Análise dos dados.....	21
5.5 Cuidados éticos e legais.....	26
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
6.1 Introdução.....	27
6.2 Pergunta de pesquisa.....	30
6.3 Objetivos.....	30
6.4 Método.....	30
6.5 Resultados e Discussão.....	31
6.5.1 O perfil dos sujeitos: idoso e cuidador familiar.....	31
6.5.2 A dinâmica familiar.....	36
6.5.3 A qualidade de vida do idoso mais idoso dependente de cuidados.....	39
6.5.4 A qualidade de vida do familiar cuidador.....	45
6.5.5 O estilo de vida do familiar cuidador.....	48
6.6 Conclusão.....	52
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICE	70
ANEXOS	71

1. Introdução

O sistema único de saúde (SUS) brasileiro surge a partir de um (re)pensar a saúde. Poucos anos antes de sua implantação, na 1ª conferência internacional sobre promoção da saúde, realizada na cidade de Ottawa – Canadá, em 1986, a saúde foi pensada como um estado de bem estar decorrente de um estilo de vida saudável, sendo os indivíduos os principais responsáveis pela sua saúde, utilizando-se dos recursos pessoais, sociais e de capacidade física que dispõem.

Já na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), a saúde foi considerada como: uma condição resultante de vários fatores relacionados à vida cotidiana das pessoas, portanto, a saúde individual e pelas formas como o sujeito cuida de si e interage com a sociedade, podendo esta organização gerar ou não desigualdades nos níveis de vida.

Percebe-se que, em consonância com a Carta de Ottawa, o conceito de saúde proposto pela 8ª Conferência Nacional de Saúde não se restringe apenas a dimensão orgânica da doença, mas a um processo social complexo, onde o sujeito passa a se co-responsabilizar pela sua saúde, além de exercer importante papel de controle social.

Neste sentido, o SUS tem como princípios doutrinários a universalidade de acesso, a equidade na assistência a saúde e a integralidade da assistência. Tem também como princípios organizativos a regionalização e hierarquização, a descentralização político-administrativa, a participação popular e a complementação do setor privado.

O SUS engloba os três níveis de atenção a saúde: primária, secundária e terciária, sendo que a Atenção Primária (AP) constitui-se como porta de entrada do usuário no SUS, estando assegurada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada e implementada pelo Ministério da Saúde (MS) pela Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006.

A Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (PNAB, 2006). A Atenção Básica tem como estratégias de atuação expressas em ações programáticas, os seguintes aspectos: a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal, a promoção da saúde e

outras áreas definidas regionalmente de acordo com prioridades e pactuações definidas nas Comissões Intergestores Bipartite (CIBs).

Para atender a essas ações programáticas pactuadas, o SUS atua através da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF tem por papel o estabelecimento de vínculo com a população adscrita à sua área de abrangência, possibilitando co-responsabilidade com a comunidade. De acordo com a política Nacional de Atenção Básica a Estratégia de Saúde da Família deve atuar em sua área adscrita realizando o cadastro domiciliar e o diagnóstico da situação da comunidade, para poder planejar de acordo com a realidade local ações dirigidas aos problemas de saúde da população, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias. Este planejamento deve se dar junto a comunidade e/ou organizações sociais buscando criar um espaço de construção da cidadania e desenvolvimento do controle social (PNAB,2006). A ESF atua através de uma equipe básica, composta por: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem (ou técnico de enfermagem) e Agentes Comunitários de Saúde.

Considerando o exposto e entendendo-se integralidade como um dos principais pilares na atenção dispensada ao usuário, percebe-se que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) está organizada de modo a atender a população independente de sua condição de saúde e em qualquer fase do ciclo vital. Destacamos que de toda essa população a ser assistida pelo sistema, o foco do presente trabalho serão os idosos.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) refere que a equipe de saúde da família deverá estar atenta para a mudança do perfil populacional, bem como a capacidade funcional e fragilização do idoso em sua área de abrangência evitando, sempre que possível, sua apartação do convívio familiar e social. Assim, esta equipe de profissionais necessita zelar pelo bem-estar, pela manutenção da capacidade para realização das atividades cotidianas e pela inserção familiar e social do idoso.

No âmbito da ESF, o Protocolo de Atenção a Saúde do Idoso de Florianópolis afirma que, para uma atenção integral e integrada à saúde do idoso, o profissional de saúde deve buscar ter um olhar especial para esta população, evitando e/ou identificando precocemente o surgimento e agravamento de fragilidade no idoso e conduzindo assim à redução de morbidades e incapacidades. No entanto, a ESF vai muito além da prevenção de doenças e reabilitação da saúde, abrangendo a promoção da saúde através da ativa participação na

melhoria de qualidade de vida da pessoa idosa (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003; PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2006).

A preocupação com os idosos vem ocorrendo de forma mais expressiva nas políticas públicas e de saúde especialmente nos últimos trinta anos. Isso se deve as significativas mudanças no perfil demográfico da população brasileira. Vale lembrar, que até 1960 a população brasileira era uma população bastante jovem com 52% das pessoas abaixo dos 20 anos e menos de 3% das pessoas acima dos 65 anos. Segundo dados do IBGE (2004), a população idosa representou 8,6% do total da população no censo de 2001 e, conforme projeções estatísticas, esse percentual se aproximará de 15% em 2025, o que colocará o país com a sexta maior população de idosos em números absolutos.

Junto com a transição demográfica observou-se um aumento da longevidade, haja vista que no ano 2003 a expectativa de vida ao nascer subiu para 71,3 anos. Merece destaque o fato de que o aumento da longevidade trouxe consigo também um crescente aumento na população com mais de 80 anos.

Nesse contexto de transformações vimos ocorrer ainda uma significativa transição epidemiológica, traduzida pela mudança no perfil de morbimortalidade da população. Verificou-se, assim, uma diminuição na prevalência das doenças infecto-contagiosas e um aumento na incidência de doenças crônico-degenerativas. As pessoas passaram a viver mais, no entanto, passaram a ter mais chances de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). No país estima-se que 85% dos idosos apresentem pelo menos uma doença crônica e, desses, pelo menos 10% em condições de polipatologia concomitante (RAMOS et al, 2006).

Os idosos longevos com DCNT com o passar do tempo podem tornar-se frágeis. A fragilidade pode afetar vários domínios da vida dos idosos, dos quais se destacam: prejuízos no desenvolvimento das atividades de vida diária (AVDs) e atividades instrumentais de vida diária (AIVDs); vulnerabilidade aos estresses ambientais, às doenças, ao declínio funcional e às conseqüências adversas e novos estados patológicos agudos e crônicos, e pode ser caracterizada por: (1) existência de déficits nas habilidades físicas necessárias para a independência, (2) capacidade diminuída para desempenhar as AVDs e AIVDs, para manter as interações sociais e (4) pela diminuição da reserva energética e resistência reduzida aos estressores (TEIXEIRA, 2008).

Segundo Silva (2007) as DCNT associadas à longevidade contribuem para o aumento de idosos com limitações funcionais, o que acarreta uma maior demanda de cuidados por parte da sociedade, dos profissionais de saúde e, sobretudo, da família. Esta tende a tornar-se responsável por boa parte das necessidades de vida diária do idoso mais idoso, sendo que as atividades de cuidado costumam centrar-se em uma pessoa da família, o chamado cuidador principal ou primário¹.

Vale ressaltar que a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, portaria GM/MS nº 2.528/2006 preconiza a manutenção do idoso na comunidade, com o apoio dos familiares e o estabelecimento de uma rede social de ajuda. Para Rodrigues et al (2006), a família e a assistência primária são os pilares desse cuidado, sendo que a família é a figura em que se concentra toda a assistência informal.

Nessa perspectiva, a assistência à saúde e cuidado de Enfermagem devem ser dispensados não somente ao idoso mais idoso dependente de cuidado, mas sim ao par idoso/familiar cuidador, de modo a atender, entre outros, o princípio da integralidade do SUS. Para tanto, é necessário, primeiramente conhecer as relações intrafamiliares, pois, como destaca Alvarez (2001), há a necessidade de conhecer o processo de cuidar do idoso em âmbito familiar de maneira dinâmica, em um determinado contexto societário e em um espaço temporal.

Essa pesquisa faz parte de um estudo multicêntrico do Grupo de Estudos sobre Cuidados em Saúde de Pessoas Idosas (GESPI/UFSC), intitulado - *A Dinâmica da família de idosos mais idosos: o convívio e cuidados na quarta idade (DIFAI)* e se delimita aos dados do território adscrito de um Centro de Saúde (CS) de Florianópolis/SC.

2. Objetivos

2.1 Geral

Conhecer a dinâmica familiar de cuidado do idoso mais idoso dependente no contexto domiciliar da área adscrita ao Centro de Saúde Canasvieiras, Florianópolis/SC.

¹ De acordo com Silverstin e Litwak (1993), citado por Santos (2003), cuidador principal ou primário é aquele que assume a responsabilidade integral de supervisionar, orientar, acompanhar e/ou cuidar diretamente da pessoa idosa, tendo com a mesma um elevado grau de envolvimento e responsabilidade pelo cuidado.

2.2 Objetivos Específicos

- * Identificar o perfil do familiar cuidador e do idoso mais idoso dependente de cuidado.
- * Conhecer como o familiar cuidador percebe sua qualidade de vida e seu estilo de vida.
- * Conhecer como o idoso mais idoso dependente de cuidado percebe sua qualidade de vida e a dinâmica de funcionamento de sua família.

3. Justificativa

Deste modo, o propósito da pesquisa foi responder a seguinte questão: Como ocorre a dinâmica familiar de cuidado do idoso mais idoso dependente no contexto domiciliar?

4. Revisão da Literatura

Todas as fases de maturação do ser humano são precedidas de outras que possibilitam o indivíduo se preparar para vivenciá-la, e isso não seria diferente no envelhecimento. A passagem da maturidade para a velhice, inevitavelmente precisa de preparação, e em essência, são processos de adaptação, aonde é possível identificar aspectos semelhantes entre a adolescência e a envelhecimento. Segundo Viera (2004), enquanto a adolescente estranha o surgimento de pelos e seios, o envelhecido começa a perceber e estranhar as alterações de sua estrutura corporal, surgidas com o envelhecimento. O mesmo autor diz que enquanto os adolescentes fazem coisas escondidas dos pais, os envelhecidos fazem coisas escondidas dos filhos.

A velhice é a última etapa do ciclo vital e diante das dificuldades que podem emergir, tanto físicas como psicológicas – como, por exemplo, a fragilização pelo envelhecimento, a perda de papéis desempenhados (trabalho e aposentadoria), o “perceber-se” velho, torna necessário o confronto com o desafio do idoso, a fim de manter sua identidade pessoal e social.

Coles (1996), citado por Santos (2002), relata em seus estudos que a definição de envelhecimento já passou por várias conceituações, a saber: o envelhecimento como a incapacidade do ser humano em fugir da morte, o envelhecimento como tudo o que passa por muitos anos de vida e morre, o envelhecimento como uma doença resultante da instabilidade de quatro humores representados pelo sangue, catarro, bÍlis amarela e bÍlis negra, o envelhecimento como um processo biológico natural responsável por alterações que interferem no mecanismo homeostático do ser humano.

De acordo com Rosenberg (1992), a velhice é definida como a época em que tarefas relacionadas ao desempenho profissional e à família já foram cumpridas e o indivíduo pode se sentir mais livre para realizar seus desejos.

Segundo Saldanha; Caldas; Vieira (2004), do ponto de vista social, o envelhecimento reflete uma inter-relação de fatores individuais e sociais, fruto da educação, trabalho e experiência de vida. A sociedade determina a cada idade funções adequadas que o indivíduo deve desempenhar, como estudo, trabalho, matrimônio, aposentadoria e outros. Sob esta ótica, o processo de envelhecimento é concebido de maneira mais ampla, abrangendo todo o indivíduo, bem como relevando seu aspecto funcional, isto é, de sua capacidade adaptativa a estas mudanças impostas pela sociedade que permitiram ao longo de sua vida a manutenção do equilíbrio homeostático à uma dada demanda funcional.

Segundo Netto et al (2002), o envelhecimento é entendido como um processo que ocorre, desde o nascer, continuamente durante toda a vida, com modificações morfológicas, funcionais, psicológicas, sociais e bioquímicas no organismo. O ritmo de declínio das funções orgânicas varia não somente de um órgão para outro, como também entre idosos de mesma idade, essas variações são determinadas também pelo estilo de vida, características do meio ambiente e pelo estado nutricional de cada um, portanto, o envelhecimento deve ser entendido em sua totalidade.

Para Netto et al (2002), as mudanças corridas ao longo da vida passam a ocasionar a diminuição ou até mesmo a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao ambiente devido a situações de sobrecarga funcional do organismo, o que aumenta sua possibilidade de morte.

Dentre algumas das mudanças normais e óbvias que ocorrem com a idade, segundo Hayflick (1997) incluem-se a perda da força e do vigor físico, visão curta, crescimento de pelos nas orelhas e nas narinas, problemas na memória de curto prazo, queda de cabelo, perda de massa óssea, diminuição da altura, diminuição da audição, e a menopausa.

Aliado a este fato, tem-se as tecnologias cada vez mais eficazes em se prolongar a vida, que colocam o idoso em risco para desenvolver um envelhecimento senil, principalmente aqueles com idade superior a 80 anos.

De acordo com Freitas et al, 2006, as projeções da população “muito idosa” , ou seja, a de 80 anos e mais no total da população brasileira, também, estão aumentando, e em ritmo

bastante acelerado. Esse tem sido o segmento populacional que mais cresce, embora ainda apresente um contingente pequeno. De 166 mil pessoas em 1940, o contingente “mais idoso” passou para 1,8 milhões em 2000. Representava 12,8% da população idosa em 2000 e 1,1% da população total.

Seguindo as tendências mundiais, o perfil de morbimortalidade do município de Florianópolis se caracteriza pelo envelhecimento progressivo da população e predomínio das doenças crônicas (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2006). Assim, entramos no século XXI com uma significativa parcela da população sendo constituída por pessoas idosas ou da terceira idade. Muitas dessas pessoas gozam de boa saúde, porém algumas trazem consigo para a velhice problemas adquiridos na adolescência ou vida adulta. Outras desenvolvem doenças para quais são mais suscetíveis em função da faixa etária em que se encontram.

Logo, o aumento da longevidade trás em seu bojo alguns desdobramentos, entre esses, uma maior possibilidade de fragilização, tornando a pessoa idosa mais propensa às diversas situações de vida e saúde (GONÇALVES et al, 2006). Neste contexto, a situação de cronicidade, muito comum no idoso, afeta a sua funcionalidade geralmente de maneira expressiva e simultânea a outras doenças, implicando em necessidade de cuidados constantes. As DCNT geralmente não são letais, contudo sua elevada frequência acarreta um processo incapacitante, comprometendo a qualidade de vida das pessoas idosas (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007; KARSCH, 2003; GONÇALVES et al., 2006).

De acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), idosos frágeis ou em processo de fragilização são aqueles indivíduos que, por qualquer razão, apresentam determinadas condições que comprometem ou põem em risco sua capacidade funcional.

Entendendo-se que no processo de envelhecimento, como já exposto, pode haver fragilidade, Hazzard et al. (1994) define o termo como uma vulnerabilidade que o indivíduo apresenta aos desafios do próprio ambiente, e essa condição é observada em pessoas com mais de 80 anos ou naqueles mais jovens que apresentam uma combinação de doenças ou limitações funcionais que reduzam sua capacidade de adaptar-se ao estresse causado por doenças agudas, hospitalização ou outras situações de risco.

O grau de dependência é avaliado com base na capacidade de execução das atividades da vida diária (AVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD), tais como tarefas próprias do autocuidado: alimentar-se, vestir-se, controlar os esfíncteres, banhar-se,

locomover-se e atividades indicativas da capacidade para levar uma vida independente na comunidade, tais como realizar tarefas domésticas, compras, administrar as próprias medicações, manusear dinheiro, respectivamente.

Segundo Pitaud (1999) a realização de atividades de vida diária (AVDs) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD), além da capacidade de participar da vida econômica e social e decidir o que se quer fazer com seus recursos sem a ajuda de terceiros, caracteriza uma pessoa independente. A dependência se traduz por uma ajuda indispensável para a realização dos atos elementares da vida. Não é apenas a incapacidade que cria a dependência, mas sim o somatório da incapacidade com a necessidade. Por outro lado, a dependência não é um estado permanente. É um processo dinâmico cuja evolução pode se modificar e até ser prevenida ou reduzida se houver ambiente e assistência adequados.

Vale ressaltar que mesmo os idosos dependentes podem ser autônomos. Segundo Lidz (1983), a autonomia é a capacidade percebida para controlar, lidar com as situações e tomar decisões sobre a vida do dia-a-dia, de acordo com as próprias regras e preferências. Ferreira (2004) e Paschoal (2007) afirmam ainda que, para os idosos, a autonomia é mais significativa que a independência de modo geral, uma vez que se pode restaurá-la integralmente, mesmo quando o indivíduo permanece dependente.

Levando-se em consideração o exposto, percebe-se que a fragilização do idoso traz consigo a necessidade de cuidados pela sociedade, sendo que o *locus* deste cuidado ocorre, na grande maioria dos casos, na família.

Para Carreira (2006), a missão das famílias que cuidam de seus membros com doenças crônicas é de lidar com a fragilidade no cotidiano familiar. Entendendo-se aqui família não tão somente aquela de laços consanguíneos, mas sim como segundo aponta Lacerda (1997) como um conjunto de pessoas com vínculos afetivos/efetivos, fruto da constituição social a qual se integra diferenciando cultural e socialmente.

A família é a constituição das pessoas que se percebem e organizam como tal, vivendo em determinado espaço de tempo, a fim de atingir objetivos comuns e construindo uma história de vida. Nessa construção da história de vida da família, é criada uma identidade peculiar de crenças, valores e conhecimentos, sendo estes influenciados pela cultura e nível sócio-econômico. Os laços que unem famílias são os laços de interesse e/ou afetividade, podendo a aproximação ser diferente para com uma e outra pessoa da família (ELSEN et al, 1992).

Ainda para a mesma autora, a família promove meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem estar de seus membros, sendo nesse sistema que ocorre todo o processo de cuidado, no qual a família toma as iniciativas necessárias frente às situações de doença, supervisiona, avalia, busca ajuda, estando continuamente atenta e disponível para cuidar (ELSEN, 1992).

Corroborando com Néri e Sommerhalder (2002), vale destacar que o cuidado está fortemente atrelado a normas sociais, o que significa dizer que os mais jovens sentem-se no dever de retribuir a atenção antes dispensada a eles pelos mais velhos, ora necessitados de cuidados. Assim, pode-se dizer que as normas sociais trazem consigo aspectos que envolvem primariamente a relação familiar e de cuidado, sendo construída através de arranjos e negociações intergeracionais.

Segundo Boff (1999), o cuidado não é apenas uma tarefa, mas sim algo valioso que traz em si valores como o respeito, reciprocidade e complementaridade. Alvarez (2001), em sua tese de doutoramento, segue nesta mesma linha de raciocínio do cuidado, ao afirmar que as famílias tentam dar respostas a expectativa geral da sociedade assumindo o cuidado de seus idosos [...] Contudo, mesmo quando a família se declara responsável pelo cuidado do idoso, alguém da família é quem realmente irá efetivar esta responsabilidade. Esta pessoa geralmente é uma mulher: a esposa, a filha/nora e/ou a neta”. Essa pessoa é a chamada cuidadora principal.

Cuidador, de acordo com o Caderno de Atenção Básica n. 19 do Ministério da Saúde p. 43, é a pessoa, da família ou não, que presta cuidados à pessoa idosa que apresenta dependência (em maior ou menor grau). Suas tarefas envolvem o acompanhamento nas atividades diárias, como auxílio na alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina entre outros; auxiliando na recuperação e na qualidade de vida dessa pessoa.

Aliado a este fato, como aponta Nardi (2008), o país não possui uma rede de suporte social de apoio ao cuidador de idosos fragilizados que seja organizada e fortalecida, o que se reflete na inexistência de políticas públicas.

Corroborando com Karsch (1998), pode afirmar que no atual quadro precário e insuficiente dos serviços do sistema brasileiro de saúde, constata-se que os velhos dependentes sobrevivem com poucos recursos pessoais e sociais. Longe do atendimento institucional, entretanto, encontram-se familiares, amigos e grupos religiosos, ou seja, formas de ajuda não visíveis de imediato, mas presentes nas dificuldades cotidianas, cumprindo o

difícil papel de tecer a rede de cuidados, muitas vezes improvisados, que fornece algum suporte àqueles cuja gravidade de dependência exige que estejam sob a responsabilidade de outra pessoa.

Diante do exposto, pode-se dizer que o ato de cuidar por si só pode ser bastante difícil, pois demanda tempo, recursos financeiros, (re) organização da dinâmica e equilíbrio familiar - o que nem sempre acontece de maneira adequada. Aliado ainda a falta de suporte social, o cuidador principal acaba tão envolvido no ato de cuidar que passa a se isolar do convívio com outras pessoas e ambientes, perdendo sua identidade social e papel dentro da estrutura familiar, o que tende a comprometer sua qualidade de vida, qualidade do cuidado e qualidade de vida do idoso cuidado.

Segundo a OMS, a qualidade de vida pode ser entendida pela autopercepção do indivíduo acerca dos aspectos de sua vida, num caráter mais subjetivo, levando-se em consideração suas metas, crenças e valores culturais. Segundo a WHO (1994), além destes, fatores como a questão da independência física e cognitiva e dos modos de interação do homem com o ambiente definem sua qualidade de vida.

5. Metodologia

5.1 O Contexto do estudo

A pesquisa foi desenvolvida na comunidade adstrita ao Centro de Saúde de Canasvieiras, que pertence ao Distrito Sanitário Norte, Florianópolis/SC. A área total de abrangência deste Centro de Saúde compreende o bairro de Canasvieiras, parte do bairro da Vargem Grande e parte do bairro Vargem do Bom Jesus. É dividida em três áreas: 380, 381, 382 respectivamente, as quais são subdivididas em micro-áreas, totalizando dezoito.

A população total desse território é de 9590 pessoas, sendo 555 idosos (Estimativa IBGE, 2008). Desses, 324 idosos estão cadastrados no sistema de informação do Centro de Saúde Canasvieiras, sendo 84 deles com 80 anos e mais, o que perfaz 0,87% da população total. Destes, 15 idosos apresentavam algum grau de dependência segundo relato das ACS e demais profissionais das equipes de ESF e, por isso, foram convidados a fazer parte deste estudo, assim como seus respectivos cuidadores.

Como já mencionado, o estudo foi desenvolvido na área adscrita ao Centro de Saúde (CS) Canasvieiras, que possui como estratégia de atuação a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A praia de Canasvieiras é um dos mais antigos balneários de Santa Catarina, localizada na região Norte de Florianópolis. Tem como limite Norte a divisa distrital - Cachoeira do Bom Jesus, ao Sul a Ponta dos Morretes, numa linha quase reta, partindo da Capela de São Francisco de Paula, comumente conhecida como São Francisco Xavier. A praia é uma das mais visitadas pelos turistas argentinos e famílias brasileiras devido ao mar tranqüilo, à vida noturna e ao comércio diversificado, este conjunto propicia a autosustentabilidade do local (SECRETARIA MUNICIPAL DO TURISMO, ESPORTE E LAZER, 2007).

Com relação aos serviços de saúde, Canasvieiras conta com um Centro de Saúde que pertence ao Distrito Sanitário Norte. Este está localizado na Rodovia Francisco Faustino Martins, com confluências na SC 401 e SC 403, ao lado do terminal de integração de Canasvieiras (TICAN). Seu horário de funcionamento é das 08h às 12h e das 13h às 17h. Tem por coordenadora a Enfermeira Célia Jungbeluth Becker (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, 2009).

Como serviços prestados o Centro de Saúde oferece: Clínica Geral, Consulta de Enfermagem, Odontologia, Programa Capital Criança, Vacinação, Teste do Pezinho, Pediatria, Ginecologia.

Assim como outros Centros de Saúde da grande Florianópolis, o Centro de Saúde Canasvieiras faz parte da Rede Docente Assistencial cujo objetivo é o desenvolvimento de um modelo de articulação Universidade-Sistema de Saúde, onde este sistema se torna co-gerenciado pela instituição de ensino envolvida e visa o desenvolvimento de programas de formação e educação permanente de recursos humanos para a saúde, dentro da ótica do Sistema Unico de Saúde. Para isto, a Secretaria Municipal de Saúde se baseou na Lei Orgânica da Saúde – N° 8080/90, conforme os artigos relacionados a este tema:

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

Item III – a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde

Art. 27º A política de recursos humanos na área de saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I – organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II – valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS)

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o sistema único da saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

5.2 Sujeitos e amostra da pesquisa

Foram entrevistados 15 idosos que apresentavam algum grau de dependência e seus respectivos cuidadores. A média de idades dos idosos foi de 87,8 anos, sendo 81 a idade mínima e 101 anos a idade máxima, sendo que 53.33% são do sexo feminino e 46.67% do sexo masculino. Quanto a religião, 93.33% têm religião. Destes 13.33% evangélicos, 6.67% Kardescistas. Quanto à escolaridade, 73.33% possuíam o primário ou até a 4ª série. Em relação ao estado conjugal 73.33% era viúvo, 20.00% eram casados ou morando junto.

Dos cuidadores, 100% eram mulheres. A média de idade foi de 55,53 anos, sendo 48 a idade mínima e 78 a máxima. Quanto à religião 100% relataram que tem religião, sendo que 60% declararam-se praticantes. A religião predominante foi a católica (80%), seguida de Espírita (20%). Quanto a escolaridade, 40% relataram possuir o primário ou até a 4ª série, 33,33% o 2 grau completo, 26,66% 1 grau completo e/ou incompleto. Quanto ao estado conjugal das cuidadoras, 80% eram casadas, 20% eram viúvas e/ou solteiras.

5.3 Procedimentos para a coleta de dados

Essa pesquisa teve uma abordagem quantitativa, do tipo exploratório descritiva. A abordagem quantitativa traduz as informações coletadas da área de estudo. Segundo Rocha apud Gil (1996), na pesquisa quantitativa o entrevistador identifica as pessoas a serem entrevistadas por meio de critérios previamente definidos, tais como sexo e idade.

O estudo é considerado transversal por envolver coleta de dados em um ponto do tempo, sendo apropriado para descrever a situação de um fenômeno ou as relações entre eles. Segundo Gil (1996), a pesquisa exploratória visa proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses. Envolve levantamento

bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado, análise de exemplos que estimulem a compreensão.

A abordagem descritiva visa descrever as características de determinada população ou fenômeno e pode buscar o estabelecimento de relações entre variáveis, e envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados como questionário, escalas e observação sistemática (GIL, 1996).

A seleção da amostra foi do tipo intencional, sendo identificada através da listagem dos idosos da equipe de saúde da família do Centro de Saúde e Sistema de informação - InfoSaúde. A coleta de dados se deu no domicílio mediante agendamento prévio, no período de abril a junho/2010.

Como técnica de pesquisa, foi utilizada a entrevista (aplicação assistida) junto aos familiares cuidadores e idosos dependentes com 80 anos e mais. De acordo com Farias (2010), a aplicação assistida consiste na leitura das questões do instrumento e das suas alternativas de respostas. Os entrevistados escolhem as respostas sem qualquer intervenção do pesquisador.

A pesquisa teve como critérios de inclusão: ter 80 anos ou mais, ser dependente de cuidados, estar lúcido e com condições de responder aos instrumentos, além da aceitação livre e espontânea em participar da pesquisa.

Para o desenvolvimento desse estudo foram aplicados os seguintes instrumentos: Questionário de Perfil da Família Cuidadora – QPFC, do Grupo de Estudos sobre Pessoas Idosas (GESPI, 2004), WHOQOL-Breve e WHOQOL-Old da World Health Organization (WHO, 2004), APGAR de família de Smilkstein (traduzido e validado por Duarte, 2001) e Escala de Bem Estar, de Nahas, 2000.

5.4 Análise dos Dados

A organização do banco de dados foi feita no programa *Microsoft Excel* e os dados foram migrados para o Sistema Especialista usado para o Ensino de Estatística na Web (SestatNet). Após foi realizada uma análise descritiva simples em termos absolutos e percentuais, uma vez que amostra do estudo foi composta por 15 pares (idoso mais idoso e seu familiar cuidador).

Para avaliação da qualidade de vida, foram usadas as escalas Whoqol. O Whoqol-bref consta de 26 questões, sendo que duas são questões gerais de qualidade de vida que não

pontuam no escore geral, e as demais 24 questões representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original - Whoqol-100. O módulo do Whoqol-bref está organizado em 4 domínios: domínio 1 - físico; domínio 2 - psicológico; domínio 3 - relações sociais e domínio 4 - meio ambiente. A relação das facetas que compõem cada domínio é apresentada na tabela 01.

Tabela 01: Domínios, facetas e itens do Whoqol-bref.

Domínio	Facetas	Ítems das Facetas
Físico	Dor e desconforto	3;10;16;15;17;4;18
	Energia e fadiga	
	Sono e repouso	
	Mobilidade	
	Atividade da vida cotidiana	
	Dependência de medicação ou tratamentos	
	Capacidade de Trabalho	
Psicológicos	Sentimentos Positivos	5;7;19;11;26;6
	Pensar, aprender, memória e concentração	
	Auto-estima	
	Imagem corporal e aparência	
	Sentimentos negativos	
Relações Sociais	Relações pessoais	20;22;21
	Apoio social	
	Atividade sexual	
Meio ambiente	Segurança física e proteção	8;23;12;24;13;14;9;25
	Ambiente no lar	
	Recursos financeiros	
	Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	

Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades

Participação e oportunidade de recreação e lazer

Ambiente físico:(poluição/ruído/clima)

Transporte

Fonte: Fleck et al, 2000 (adaptado).

Cada domínio do Whoqol-bref gerou um escore bruto total em seus domínios específicos. Esses domínios foram somados, gerando um escore geral de qualidade de vida. Quanto mais alto o escore geral, melhor a qualidade de vida. A análise dos dados do questionário Whoqol-bref irá seguir a orientação de The-Whoqol Group, que é a seguinte:

1. As questões para avaliar devem ser classificadas de 1 a 5 e os valores de cada resposta ficam como seguem: (1 ponto para valor atribuído = 1); (2 pontos para valor atribuído = 2); (3 pontos para valor atribuído = 3); (4 pontos para valor atribuído = 4); (5 pontos para valor atribuído = 5);
2. Os valores das respostas das questões de cunho negativo que são: Q3; Q4 e Q26 devem ser invertidos (reversos), ficando: (1 ponto para valor atribuído = 5); (2 pontos para valor atribuído = 4); (3 pontos para valor atribuído = 3); (4 pontos para valor atribuído = 2); (5 pontos para valor atribuído =1).

Considerando-se que os domínios não possuem o mesmo formato de pontuação e classificação (devido ao número desigual de facetas/questões por domínio), é necessária a conversão dos escores encontrados em cada domínio. Essa conversão se dá seguindo a tabela da Organização Mundial de Saúde, conforme a tabela 02 abaixo:

Tabela 02: Método de Conversão de escores por domínios do Whoqol-bref.

Dominio 1			Dominio 2			Dominio 3			Dominio 4		
Escore encontrado	Escore transformado		Escore encontrado	Escore transformado		Escore encontrado	Escore transformado		Escore encontrado	Escore transformado	
	4 a 20	0 a 100		4 a 20	0 a 100		4 a 20	0 a 100		4 a 20	0 a 100
7	4	0	6	4	0	3	4	0	8	4	0
8	5	6	7	5	6	4	5	6	9	5	6
9	5	6	8	5	6	5	7	19	10	5	6
10	6	13	9	6	13	6	8	25	11	6	13
11	6	13	10	7	19	7	9	31	12	6	13
12	7	19	11	7	19	8	11	44	13	7	19
13	7	19	12	8	25	9	12	50	14	7	19
14	8	25	13	9	31	10	13	56	15	8	25
15	9	31	14	9	31	11	15	69	16	8	25
16	9	31	15	10	38	12	16	75	17	9	31
17	10	38	16	11	44	13	17	81	18	9	31
18	10	38	17	11	44	14	19	94	19	10	38
19	11	44	18	12	50	15	20	100	20	10	38
20	11	44	19	13	56				21	11	44
21	12	50	20	13	56				22	11	44
22	13	56	21	14	63				23	12	50
23	13	56	22	15	69				24	12	50
24	14	63	23	15	69				25	13	56
25	14	63	24	16	75				26	13	56
26	15	69	25	17	81				27	14	63
27	15	69	26	17	81				28	14	63
28	16	75	27	18	88				29	15	69
29	17	81	28	19	94				30	15	69
30	17	81	29	19	94				31	16	75
31	18	88	30	20	100				32	16	75
32	18	88							33	17	81
33	19	94							34	17	81
34	19	94							35	18	88
35	20	100							36	18	88
									37	19	94
									38	19	94
									39	20	100
									40	20	100

Fonte: Organização Mundial da Saúde. **Manual WHOQOL-Old. 1995.** Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/WHOQOL-OLD%20Manual%20portugues.pdf>. Acesso em março 2010.

O Whoqol-old consiste em 24 itens atribuídos a seis facetas: funcionamento do sensório, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade. Diferentemente do módulo bref no whoqol-old cada faceta apresenta igual número de itens (quatro) não sendo necessário, portanto, sua conversão (desde que todos os itens por faceta forem respondidos). Para as facetas com escore reverso (old_1, old_2, old_6, old_7, old_8, old_9, old_10) segue-se a mesma orientação do módulo bref. A relação das facetas e itens das facetas encontram-se especificados na tabela 03, abaixo:

Tabela 03: Facetas, conceitos e itens das facetas do Whoqol-old.

Faceta	Conceito	Itens das facetas
Habilidades Sensoriais	Funcionamento sensorial, impacto da perda de habilidades sensoriais na qualidade de vida.	1;2;10;20.
Autonomia	Independência na velhice, capacidade ou liberdade de viver de forma autônoma e tomar decisões.	3;4;5;11.
Atividades passadas, presentes e futuras	Satisfação sobre conquistas na vida e coisas a que se anseia.	12;13;15;19.
Participação Social	Participação nas atividades quotidianas, especialmente na comunidade.	14;16;17;18.
Morte e Morrer	Preocupações, inquietações e temores sobre a morte e sobre morrer.	6;7;8;9.
Intimidade	Capacidade de ter relacionamentos pessoais e íntimos.	21;22;23;24.

Fonte: Organização Mundial da Saúde. Manual WHOQOL-Old. 1995. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/WHOQOL-OLD%20Manual%20portugues.pdf>. Acesso em março 2010.

Assim como no Whoqol-bref, o módulo Old gera um escore bruto da faceta, quando somados os itens das facetas, podendo variar entre 4 e 20. Os escores brutos das facetas podem ser somados, gerando um escore geral de qualidade de vida. Quanto mais alto o escore geral melhor a qualidade de vida.

A avaliação da dinâmica familiar se deu por meio do Apgar de Família. O instrumento é constituído de cinco componentes (adaptação, participação, crescimento, afeição e resolução), sendo que cada um deles pode pontuar entre 0 e 4. Desta forma, a avaliação se dá por meio da classificação em três tipos de família: com boa funcionalidade familiar (13 a 20 pontos), com moderada disfunção familiar (9 a 12 pontos) e com elevada disfunção familiar (0 a 8 pontos).

Para avaliação do estilo de vida do familiar cuidador, foi aplicada a Escala de Bem Estar, que de acordo com Nahas (2000) consiste em um questionário de perfil do estilo de vida individual, que inclui as seguintes características: nutricionais, nível de estresse, atividade física habitual, relacionamento social e comportamentos preventivos. Em cada componente há três itens e foi considerada a pontuação mínima de 0 pontos e a máxima de 9. A pontuação 0-3 equivale a um estilo de vida indesejável; 4-6: estilo de vida regular e 7-9: bom estilo de vida.

5.5 Cuidados Éticos e Legais

Atendendo aos princípios éticos dos direitos humanos dos sujeitos da pesquisa, o desenvolvimento do projeto seguiu as recomendações da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

Como a pesquisa já fazia parte do projeto maior (DIFAI), o mesmo já havia sido submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFSC, conforme parecer n. 051/08.

6. Resultados e Discussão

A avaliação da dinâmica familiar e qualidade de vida de idosos mais idosos e de seu familiar cuidador

Karen Lury Abe

Roberta Zunino

Silvia M. A. dos Santos

RESUMO: A Assistência de Enfermagem deve ser dispensada ao idoso mais idoso dependente de cuidado e ao seu cuidador, visto que a população envelhece nem sempre com boa qualidade de vida, implicando em necessidades de estudos mais aprofundados sobre a temática. O objetivo geral do presente estudo foi: conhecer a dinâmica familiar de cuidado do idoso mais idoso dependente no contexto domiciliar da área adscrita a um Centro de Saúde. Essa pesquisa teve uma abordagem quantitativa, exploratório descritiva. Desenvolvida na comunidade adstrita ao Centro de Saúde de Canasvieiras, Florianópolis-SC. Foram

entrevistados 15 pares (idoso e cuidador) utilizando check-list. A média de idades dos idosos foi de 87,8 anos. Os resultados apontaram que todas as cuidadoras eram mulheres. Ao analisar-se a funcionalidade familiar na perspectiva dos idosos verificamos que a maioria deles avaliou sua funcionalidade familiar como boa. A qualidade de vida em geral foi avaliada como sendo boa pelos pares. Ao analisar o estilo de vida do cuidador, o que mais se destacou foi o comportamento preventivo. Consideramos que os resultados obtidos suscitam questões para novos estudos, servindo como um estímulo para investir mais nesta temática. Acreditamos que a enfermagem e a saúde precisam desenvolver ainda mais estudos nessa área por se tratar de um assunto complexo e abrangente.

Descritores: Idosos de 80 anos ou mais. Cuidador. Família. Qualidade de vida. Estilo de vida.

6.1 Introdução

Estudos envolvendo a problemática relativa à terceira idade vêm sendo alvo de atenção, em especial nos últimos quarenta anos, isto decorre do aumento significativo do número de pessoas idosas na população em geral (DUARTE, 2001). Segundo Camarano apud Freitas (2006), nos últimos 50 anos, a população idosa no Brasil mais que dobrou, passando de 4% em 1940 para 8,6% em 2000, indicando que os idosos poderão representar 15% da população brasileira em 2020. Esse aumento da expectativa de vida, também conhecido como aumento da longevidade se deve a vários fatores, tais como: redução da taxa de fecundidade e mortalidade; avanço tecnológico especialmente na área da saúde; melhorias nas condições básicas de vida; entre outros.

O envelhecimento é conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos crônicos que os fragilizam e terminam por levá-lo à morte (PAPALÉO NETTO, 2006). Contudo, o fenômeno do envelhecimento humano não sofre interferências apenas biofisiológicas, mas também sociais, históricas e culturais. Segundo Saldanha; Caldas; Vieira (2004) apud Netto (2006), do ponto de vista social, o envelhecimento é fruto da educação, trabalho e experiência de vida. Assim, a forma como o indivíduo vive é determinada pela sociedade, sendo esperados certos padrões comportamentais, que exigem adaptações de sua capacidade funcional.

No Brasil estima-se que 85% dos idosos apresentem pelo menos uma doença crônica e, desses, pelo menos 10% tem polipatologia concomitante (RAMOS et al, 2006). O perfil de morbimortalidade do município de Florianópolis se caracteriza pelo envelhecimento progressivo da população e predomínio das doenças crônicas (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2006). Assim, entramos no século XXI com uma significativa parcela da população sendo constituída por pessoas idosas ou da terceira idade. Muitas dessas pessoas gozam de boa saúde, porém algumas trazem consigo durante o processo de envelhecimento problemas adquiridos na adolescência ou vida adulta.

A situação de cronicidade/comorbidades afeta a funcionalidade da pessoa idosa implicando em necessidade de cuidados constantes (GONÇALVES et al, 2006). Não é apenas a incapacidade que cria a dependência, mas sim o somatório da incapacidade com a necessidade. Por outro lado, a dependência não é um estado permanente. É um processo dinâmico cuja evolução pode se modificar e até ser prevenida ou reduzida se houver ambiente e assistência adequados. Segundo Gonçalves et al (2008), no contingente de pessoas idosas evidencia-se o fenômeno da longevidade ao qual associa-se, geralmente, à fragilização tornando o idoso vulnerável às diversas condições de vida e saúde.

De acordo com Teixeira (2008), a fragilidade pode afetar vários domínios da vida dos idosos, dos quais se destacam: prejuízos no desenvolvimento das atividades de vida diária (AVDs) e atividades instrumentais de vida diária (AIVDs); vulnerabilidade aos estresses ambientais, às doenças, ao declínio funcional e às consequências adversas e novos estados patológicos agudos e crônicos. A fragilidade pode ser caracterizada por: (1) existência de déficits nas habilidades físicas necessárias para a independência, (2) capacidade diminuída para desempenhar as AVDs e AIVDs, (3) capacidade diminuída para manter as interações sociais e (4) pela diminuição da reserva energética ocorre resistência reduzida aos estressores.

O fato de o idoso tornar-se dependente fisicamente ou frágil acarreta uma demanda de cuidados por parte da sociedade, dos profissionais de saúde e, sobretudo, da família (SILVA, 2007). Vale ressaltar ainda que as políticas voltadas à pessoa idosa, entre elas a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, portaria GM/MS nº 2.528/2006 preconiza a manutenção do idoso na comunidade, com o apoio dos familiares e o estabelecimento de uma rede social

de ajuda. Para Rodrigues et al (2006), a família² tende a tornar-se responsável por boa parte das necessidades de vida diária do idoso mais idoso.

No entanto, quando o cuidado ao idoso dependente se dá na família, o que se observa normalmente é que as atividades de cuidado costumam centrar-se em uma única pessoa, o chamado cuidador principal ou primário. Tal cuidador é a pessoa que assume a responsabilidade integral de supervisionar, orientar, acompanhar e/ou cuidar diretamente da pessoa idosa, tendo com a mesma um elevado grau de envolvimento e responsabilidade pelo cuidado (SILVERSTEIN E LITWAK, citado por SANTOS, 2003).

Segundo Boff (1999), o cuidado não é apenas uma tarefa, mas sim algo valioso que traz em si valores como o respeito, reciprocidade e complementaridade. Alvarez (2001, p.48-49) afirma que *“as famílias tentam dar respostas a expectativa geral da sociedade assumindo o cuidado de seus idosos [...] Contudo, mesmo quando a família se declara responsável pelo cuidado do idoso, alguém da família é quem realmente irá efetivar esta responsabilidade. Esta pessoa geralmente é uma mulher: a esposa, a filha/nora e/ou a neta”*. Essa pessoa é a chamada cuidadora principal. Deste modo, tais demandas de cuidado afetam a dinâmica familiar e a qualidade de vida, tanto do idoso sendo cuidado, como de seu familiar cuidador.

Segundo Fleck (2008, p.48) a qualidade de vida entendida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”, The Whoqol Group (1995) considera o conceito de qualidade de vida como um conceito bastante amplo, que incorpora a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente.

Nessa perspectiva, a assistência a saúde e cuidado de Enfermagem devem ser dispensados não somente ao idoso mais idoso dependente de cuidado, mas sim ao par idoso/familiar cuidador, de modo a atender, entre outros, o princípio da integralidade do SUS. Para tanto, é necessário, primeiramente conhecer as relações intrafamiliares, pois, como

² Nesse estudo entendemos família conforme proposto por ELSÉN et al (1992), quando dizem que a família é uma constituição das pessoas que se percebem e organizam como tal, vivendo em determinado espaço de tempo, a fim de atingir objetivos comuns e construindo uma história de vida. Nessa construção da história de vida da família, é criada uma identidade peculiar de crenças, valores e conhecimentos, sendo estes influenciados pela cultura e nível sócio-econômico. Os laços que unem famílias são os laços de interesse e/ou afetividade, podendo a aproximação ser diferente para com uma e outra pessoa da família.

destaca Alvarez (2001) há a necessidade de conhecer o processo de cuidar do idoso em âmbito familiar.

6. 2 Pergunta de pesquisa Deste modo, o propósito da pesquisa foi responder a seguinte questão: Como ocorre a dinâmica familiar de cuidado do idoso mais idoso dependente no contexto domiciliar?

6. 3 Objetivos

Conhecer a dinâmica familiar de cuidado do idoso mais idoso dependente no contexto domiciliar da área adscrita ao Centro de Saúde Canasvieiras, Florianópolis/SC; identificar o perfil do familiar cuidador e do idoso mais idoso dependente de cuidado; conhecer como o familiar cuidador percebe sua qualidade de vida e seu estilo de vida e conhecer como o idoso mais idoso dependente de cuidado percebe sua qualidade de vida e a dinâmica de funcionamento de sua família.

6. 4 Método

Essa pesquisa teve uma abordagem quantitativa, do tipo exploratório descritiva. Foi desenvolvido na comunidade adstrita ao Centro de Saúde de Canasvieiras, que pertence ao Distrito Sanitário Norte, Florianópolis/SC. A área total de abrangência deste Centro de Saúde compreende o bairro de Canasvieiras, parte do bairro da Vargem Grande e parte do bairro Vargem do Bom Jesus. É dividida em três áreas: 380, 381, 382 respectivamente, as quais são subdivididas em micro-áreas, totalizando dezoito.

A população total desse território é de 9590 pessoas, sendo 555 idosos (Estimativa IBGE, 2008). Desses, 324 idosos estão cadastrados no sistema de informação do Centro de Saúde Canasvieiras, sendo 84 deles com 80 anos e mais, o que perfaz 0,87% da população total. Destes, 15 idosos apresentavam algum grau de dependência segundo relato das ACS e demais profissionais das equipes de ESF e, por isso, foram convidados a fazer parte deste estudo, assim como seus respectivos cuidadores.

A seleção da amostra foi do tipo intencional, sendo identificada através da listagem dos idosos da equipe de saúde da família do Centro de Saúde e Sistema de informação - InfoSaúde. A coleta de dados se deu no domicílio mediante agendamento prévio, no período de abril a junho/2010.

A pesquisa teve como critérios de inclusão: ter 80 anos ou mais, ser dependente de cuidados, estar lúcido e com condições de responder aos instrumentos, além da aceitação livre e espontânea em participar da pesquisa.

Para o desenvolvimento desse estudo foram aplicados os seguintes instrumentos: Questionário de Perfil da Família Cuidadora – QPFC, do Grupo de Estudos sobre Pessoas Idosas (GESPI, 2004), WHOQOL-Breve e WHOQOL-Old da World Health Organization (WHO, 2004), APGAR de família de Smilkstein (traduzido e validado por Duarte, 2001) e Escala de Bem Estar, de Nahas, 2000.

Atendendo aos princípios éticos dos direitos humanos dos sujeitos da pesquisa, o desenvolvimento do projeto seguiu as recomendações da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta investigações envolvendo seres humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996). Como o projeto faz parte do projeto maior -DIFAI – este já foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina.

6. 5 Resultados e Discussão

6.5.1 Perfil dos sujeitos: idoso e cuidador familiar

A média de idades dos idosos foi de 87,8 anos, sendo 81 a idade mínima e 101 a idade máxima. Quanto ao sexo, 53.33% dos idosos são do sexo feminino e 46.67% do sexo masculino. Segundo Nogales (2008), a mulher vive mais, pois se cuida mais, uma grande parte das mulheres é viúva, vive só, sem experiência de trabalho no mercado formal e são menos educadas. A maior esperança de vida faz com que muitas mulheres idosas passem pela experiência de debilitação biológica devido a doenças crônicas, enquanto os homens morrem antes.

Em relação à escolaridade dos idosos pesquisados 73.33% relataram possuir o primário ou ter estudado até a 4ª série, 13.33% eram analfabetos, 6.67% tinham o segundo grau completo e/ou superior completo. Em relação ao estado conjugal 73.33% eram viúvos, 20.00% eram casados ou moravam junto com o companheiro. Quanto ao número de filhos, 66,66% dos idosos possuíam até 5 filhos, 20% dos idosos de 6 a 10 filhos e 13,34% mais de 10. A religião predominante foi a católica, sendo que 66,67% se dizem não praticantes. Para Neri (2001), a religiosidade intrínseca, isto é, aquela relativa à manifestação de uma relação

peçoal com Deus aparece como a forma mais freqüente de exercício da espiritualidade nesses grupos.

A seguir apresentamos na Tabela 04 com os dados sociodemográficos dos idosos pesquisados para caracterizar o seu perfil.

Tabela 04: Dados sociodemográficos dos Idosos.

	Sexo	Idade	Religião	Escolaridade	Estado Conjugual	Mora com...	Quem Cuida	Mora com Cuidador?	De quem é a casa...
I1	Masculino	93	Evangélica	Analfabeto	Casado	Esposa e Filha	Filha	Sim	Do cuidador
I2	Feminino	85	Kardecista	Primário ou até a 4ªSérie	Viúvo	Filha	Filha	Sim	Do cuidador
I3	Masculino	81	Católica	Primário ou até a 4ªSérie	Viúvo	Filha e Genro	Filha	Sim	Do idoso
I4	Feminino	90	Católica	Analfabeto	Viúvo	Filha, Genro e 2 netos	Filha	Sim	Familiares
I5	Feminino	90	Católica	Primário ou até a 4ªSérie	Viúvo	Filha e Neto	Filha/Nora	Não	Do cuidador
I6	Feminino	101	Católica	Primário ou até a 4ªSérie	Viúvo	Filha	Neta	Não	Do idoso
I7	Masculino	86	Evangélica	Primário ou até a 4ªSérie	Divorciado	Filha, genro, 3 netos e 1 neta	Filha	Sim	Do cuidador
I8	Feminino	86	Católica	Primário ou até a 4ªSérie	Divorciado	Só	Filha	Não	Do idoso
I9	Masculino	88	Católica	Primário ou até a 4ªSérie	Viúvo	Só	Nora	Não	Do cuidador
I10	Feminino	89	Católica	Primário ou até a 4ªSérie	Viúvo	Filha e Genro	Filha	Sim	Do idoso
I11	Feminino	86	Não sei	Primário ou até a 4ªSérie	Viúvo	Filho	Vizinha	Não	Usufruto do idoso
I12	Masculino	81	Católica	Segundo Grau Completo	Casado	Esposa	Esposa	Sim	Do idoso
I13	Masculino	82	Católica	Primário ou até a 4ªSérie	Casado	Esposa	Esposa	Sim	Do idoso
I14	Feminino	85	Católica	Primário ou até a 4ªSérie	Viúvo	Filha	Filha	Sim	Do idoso
I15	Masculino	94	Católica	Superior Completo	Viúvo	Cuidadora	Cuidadora	Sim	Do filho

Fonte: Questionário de Perfil da Família Cuidadora (GESPI, 2004). Dados sociodemográficos dos Idosos, 2010. Projeto DIFAI.

Outro aspecto investigado em nossa pesquisa foram às condições de saúde/doença dos idosos, o que apresentamos em síntese na Tabela 5.

Tabela 05: Diagnóstico Médico confirmado e Queixas dos Idosos.

	Diagnóstico Médico do Idoso	Queixas
I1	HAS, Cardiopatia, Sequela de AVC, CA de pele e Osteoporose	Dor nas pernas
I2	HAS, Cardiopatia, Sequela de AVC, CA de bexiga, Osteoporose, Isquemia Cerebral e Depressão	Dor nas pernas, dor de cabeça e tristeza
I3	HAS, Cardiopatia, Artrose e Síndrome do Pânico	Dores nas pernas e insônia
I4	HAS e Artrose.	Não tem
I5	HAS, Cardiopatia e Refluxo cardíaco	Dor nos braços
I6	HAS e Cardiopatia	Não tem
I7	HAS e Cardiopatia	Não tem
I8	HAS e Hipercolesterolemia	Dor nas costas e dor em joelho D
I9	Não tem	Dor nas costas
I10	HAS e DM	Dor na coluna e braço
I11	HAS e Cardiopatia	Não conseguir se alimentar, dor na cabeça, dor na barriga e constipação
I12	CA pulmão, Enfisema pulmonar e Hiperplasia prostática	Falta de ar
I13	HAS, Cardiopatia e Osteoporose	Dor nos joelhos, coluna e perna D
I14	HAS, Cardiopatia e Reumatismo	Falta de visão
I15	HAS, CA de próstata e Parkinson	Tremedeira

Fonte: Questionário de Perfil da Família Cuidadora (GESPI, 2004). Diagnóstico Médico confirmado e Queixas dos Idosos, 2010. Projeto DIFAI.

Como apresentado acima na Tabela 05, 74,44% das queixas de idosos não estão relacionadas à sua patologia de base, e apenas 26,66% estão relacionadas à sua doença. As doenças mais prevalentes foram: HAS (86,67%), Cardiopatia (40%) Osteoporose (20%), Sequela de AVC (13,34%) e Hipercolesterolemia (13,34%). Mostrando a importância de estudar melhores as queixas somáticas, que muitas vezes não tem relação com a patologia.

Segundo Silva et al (2010), o idoso passa a sentir-se profundamente angustiado, devido aos sentimentos causados pelas limitações físicas. Em muitíssimos casos, estas limitações desencadeiam uma ampla variedade de transtornos físicos e funcionais. Os próprios sintomas emocionais se constituem numa das principais queixas dos idosos e, são apresentadas de maneira atípica ou indireta, ou seja, encoberta por múltiplas e variadas queixas somáticas algumas vezes associadas a quadros de franca ansiedade. Em menor escala pode surgir alterações do sono, alterações do apetite, reconhecimento dos sintomas psiquiátricos, perda de

energia, sensação de culpa, tristeza subjetiva, diminuição da concentração e pensamentos sobre a morte.

Quanto aos cuidadores, a média de idade foi de 55,53 anos, sendo a idade mínima de 37 e a máxima de 78. Quanto ao estado conjugal 80% eram casadas, 20% eram viúvas e/ou solteiras, e o grau de parentesco dos cuidadores com o idoso são: 60,00% eram filhas, 26,64% eram noras/vizinhas/cuidadoras/neta, 13,36% eram cônjuges/companheiras.

Segundo Arruda, Alvarez, Gonçalves (2008), as mulheres são as que mais têm ocupado o papel de cuidador, notadamente cônjuges, filhas, noras, netas, sobrinhas e ainda irmãs. Sendo que os fatores que as levam a responder pelo cuidado de um parente idoso são: o dever de cuidar, a designação para o cuidado e a experiência de cuidar. Cada família tende a designar um cuidador para a pessoa idosa. Esse fato pode ser explicado pela tradição de, no passado, as mulheres não terem desempenhado funções fora de casa, justificando sua maior disponibilidade para o cuidado dos membros da família. (PIMENTA; COSTA; GONÇALVES; ALVAREZ, 2009).

No nosso estudo, 66,67% dos idosos moravam com seu cuidador e 33,33% não. Quanto ao número de dependentes do cuidador, 66,67% disseram não ter dependentes além do idoso cuidado, 13,33% disseram ter mais 2 dependentes, 13,33% ter mais de 6 dependentes e 6,67% ter mais 3 dependentes. Segundo Neri (2001), estudos recentes apontam que, geralmente, as cuidadoras que residem com o idoso, são casadas e, por isso, somam às suas atividades de cuidar, as atividades domésticas, papéis de mãe, esposa, avó, entre outros, gerando um acúmulo de trabalho no lar e uma sobrecarga nos diversos domínios da vida, sejam social, físico, emocional, espiritual enfim, contribuindo para o seu descuido e comprometimento de sua saúde em geral.

Quanto à ocupação do cuidador, 66,67% declararam que não trabalham fora com remuneração, 33,33% disseram que trabalham fora com ocupação remunerada, sendo que 13,34% trabalham em casa como costureiras ajustando seu tempo de trabalho, conforme a necessidade de cuidados do idoso. Ao passo que 20% das cuidadoras não possuem essa flexibilidade de horário, sendo suas ocupações respectivamente: governanta, doméstica e cuidadora, com uma jornada média de trabalho de 43 horas semanais. Neste estudo observamos uma sobrecarga, visto que a maioria das cuidadoras não possuíam ocupação

remunerada, mas trabalhavam muito no espaço doméstico, visto que elas limpavam a sua casa e/ou limpavam a casa do idoso e, ainda, cuidavam do mesmo.

Quanto à escolaridade 40% das cuidadoras relataram possuir o primário ou até a 4ª série, 33,33% o 2º grau completo, 26,66% 1º grau completo e/ou incompleto. O envelhecimento acarreta riscos crescentes à mulher em termos de saúde, funcionalidade, proteção e integração social. Os riscos são em parte devidos a fatores biológicos, em parte devido a estilo de vida, histórico de saúde e doença, pobreza, baixa escolaridade e isolamento social e a diferenças em oportunidades entre homens e mulheres, as quais prejudicam as mulheres (Neri, 2001).

Em relação à saúde percebida 46.67% das cuidadoras consideram-na boa, 26,66% ruim/péssima e 20.00% regular. No entanto, quando solicitado que avaliassem sua saúde nos últimos cinco anos, 80% das cuidadoras referiram piora/mesma coisa. Quando se comparavam a outras pessoas de sua idade 46.67% consideraram sua saúde igual, 33.33% melhor e 20% pior.

Quando perguntadas de seus problemas de saúde, as cuidadoras relataram a HAS como doença predominante (33,33%), seguido de hipercolesterolemia (20%). Três pessoas negaram possuir qualquer problema de saúde. Dos problemas de saúde identificados, 86.67% referem fazer tratamentos de saúde e 13.33% não. Os locais onde costumam fazer os tratamentos de saúde foram: SUS (66.67%), plano de saúde e/ou serviços particulares (33,33%).

A religião predominante entre as cuidadoras foi a católica (80%), seguida de Kardecista (13,33%) e Espírita (6,67%). Entre todas as cuidadoras 60% se consideram praticante de suas crenças religiosas. Como visto anteriormente a religiosidade é aquela relativa à manifestação de uma relação pessoal com Deus, ela aparece como a forma mais frequente de exercício da espiritualidade nesses grupos. Com relação à religião Joening apud Panzini (2004) constatou que, na maioria das pesquisas, práticas e crenças religiosas estão relacionadas com melhor saúde mental e física, em relação à dor, debilidade física, doenças do coração, pressão sanguínea, enfarto, função imune, função neuro-endócrina, doenças infecciosas, câncer e mortalidade.

A seguir apresentamos na Tabela 06 a síntese dos dados sociodemográficos dos mesmos.

Tabela 06: Dados sociodemográficos dos Cuidadores.

	Sexo	Idade	Estado Conjugual	Tempo	Religião	Praticante?	Escolaridade	Ocupação	Horas de trabalho	Turno	Filhos	Dependentes	Mora com Idoso	Parentesco	Saúde	Problemas de Saúde	Local de tratamento da saúde
C1	Feminino	51	Casado	34	Católica	Não	Primária ou até 4ª série	Não			2	2	Sim	Filha	Regular	Problema de coluna	SUS
C2	Feminino	65	Viuvo	13	Kardecista	Sim	2º Grau completo	Não			1	0	Sim	Filha	Boa	HAS	SUS
C3	Feminino	48	Casado	30	Católica	Sim	2º Grau completo	Não			2	0	Sim	Filha	Boa	Colesterolemia, HAS	Plano de Saúde da Polícia Militar
C4	Feminino	48	Casado	22	Católica	Sim	Primária ou até 4ª série	Não			3	6	Sim	Filha	Péssima	Asma, bronquite, Nódulos no pulmão, Enxaqueca	SUS
C5	Feminino	58	Casado	40	Católica	Não	Ginásio ou 1º grau incompleto	Governanta em um Hotel	42	Diurno	4	0	Não	Filha	Péssima	HAS, Fratura de coluna	SUS
C6	Feminino	37	Casado	12	Católica	Não	Ginásio ou 1º grau incompleto	Não			0	0	Sim	Neta	Ruim	Depressão, Síndrome do Pânico	SUS
C7	Feminino	49	Casado	27	Espírita	Sim	Ginásio ou 1º grau completo	Não			4	6	Sim	Filha	Ótima	Nega	Unimed
C8	Feminino	44	Casado	19	Católica	Não	2º Grau completo	Não			2	3	Não	Filha	Boa	Labirintite	Particular
C9	Feminino	57	Casado	36	Católica	Sim	Primária ou até 4ª série	Costureira em casa	4	Noturno	3	0	Não	Nora	Boa	Nega	Sidesc
C10	Feminino	61	Casado	40	Católica	Não	Ginásio ou 1º grau completo	Costureira em casa	20	Tarde	2	0	Sim	Filha	Boa	HAS	sus
C11	Feminino	53	Casado	29	Católica	Não	Primária ou até 4ª série	Doméstica de médica	40	Diurno	1	2	Não	Vizinha	Regular	Nega	sus
C12	Feminino	75	Casado	55	Católica	Sim	2º Grau completo	Não			1	0	Sim	Cônjuge	Boa	Artrite Reumatóide, Osteoporose	sus
C13	Feminino	78	Casado	58	Católica	Sim	Primária ou até 4ª série	Não			3	0	Sim	Cônjuge	Ruim	HAS, Colesterolemia	Unimed
C14	Feminino	65	Viuvo	10	Católica	Sim	Primária ou até 4ª série	Não			3	0	Sim	Filha	Boa	Diabetes, Colesterol emia, Pé diabético, Hepatite, Câncer de Boca	sus
C15	Feminino	44	Solteiro		Kardecista		1º Grau completo	Sim		Integral	0	0	Sim	Nenhum	Regular		sus

Fonte: Questionário de Perfil da Família Cuidadora (GESPI, 2004). Dados sociodemográficos dos Cuidadores, 2010. Projeto DIFAI.

6.5.2 A Dinâmica Familiar

Ao analisar-se a funcionalidade familiar na perspectiva dos idosos verificamos que 86.67% deles avaliaram sua funcionalidade familiar como boa. Tal resultado talvez tenha sido influenciado pelo fato da grande maioria dos idosos morarem com pessoas da sua família e serem cuidados pelos mesmos, em função de sua condição de dependente.

Segundo Duarte (2001), há três tipos de dependência observada entre os idosos: física, estruturada e comportamental. A dependência física pode ser definida como a incapacidade individual para realizar as atividades da vida diária. Vale ressaltar, no entanto, que a incapacidade orgânica não é determinante para o grau de dependência. A dependência estruturada é aquela gerada quando ocorre a perda da capacidade para o processo produtivo na geração de renda. A dependência comportamental é aquela que é socialmente induzida e independe do nível de competência do idoso. Caracteriza-se pela superproteção mesmo que esta seja desnecessária ou indesejável. No presente estudo, os idosos eram, em sua maioria, dependentes fisicamente, mas também se observou a dependência comportamental.

Observamos em nosso estudo que os cuidados prestados ao idoso eram quase sempre desenvolvidos por um familiar. Vale lembrar, que ao nos referirmos a família não estamos necessariamente falando de pessoas com vínculo consanguíneo, mas especialmente a pessoas que mantêm entre si laços de interesse e afetividade como proposto por Elsen (1992).

Todas as famílias passam por transformações, que são chamadas de “crises”, as quais se iniciam quando o indivíduo busca uma identidade pessoal (“ser um”). Ao longo de sua evolução as famílias irão enfrentar diferentes crises, mas talvez as mais difíceis de enfrentar sejam aquelas que vêm junto com a velhice, tais como: perdas de entes queridos levando a viuvez, doenças, dependência, entre outras (DUARTE, 2001). No presente estudo, a grande maioria dos idosos eram viúvos(as) e moravam com seu cuidador, geralmente filha. Desta forma, a família que os acolheu e prestava cuidados precisou passar por um período de ajustamento, com conseqüente reorganização de seus papéis.

Por ajustamento/adaptação entende-se como sendo os recursos de que a família lança mão quando necessário ou ainda o grau de satisfação de seus componentes com a atenção recebida. Em nosso estudo em relação à adaptação intrafamiliar 73,33% dos idosos responderam que sempre se sentem satisfeitos, pois podem recorrer à sua família quando algo lhes incomoda e/ou preocupa, o que pode estar relacionado ao fato de as famílias já estarem adaptadas ao convívio com esses idosos. Dessa forma, a situação de cronicidade e dependência dos mesmos já não repercute como “crise” na família.

Segundo Duarte (2001) frente às crises, a família cumpre importantes papeis como assegurar o bem estar afetivo e material e absorver o impacto das tensões provocadas pelas crises. A dinâmica do sistema familiar nestas condições baseia-se no diálogo, permitindo trocas proporcionadas pela intercomunicação. O amadurecimento do sistema onde cada um de seus membros poderá desenvolver sua presença afetiva, livre e responsável perante a vida. A comunicação foi expressa positivamente por 86,67% dos idosos, quando referiram se sentir satisfeito pela forma com que conversam com sua família sobre os seus problemas.

De acordo com Duarte (2001) os vínculos estabelecidos durante a vida entre o idosos e seus membros familiares facilitarão ou não o enfrentamento das situações de crise. No presente estudo, percebemos que a grande maioria dos idosos eram “queridos” por sua família, o que refletia em seus comportamentos e na maneira como lidavam com a situação de dependência do idoso, constituindo-se no que a literatura trás como um sistema familiar maduro ou funcional.

Segundo Duarte (2001), no sistema maduro ou funcional o grupo familiar responde aos conflitos com estabilidade emocional de forma a conseguir resolver o problema instalado adequadamente. Isto envolve a aceitação recíproca e positiva entre idoso e família, além do respeito, conhecimento, compreensão, responsabilidade e estabilidade emocional. Isso pode ser verificado em nosso estudo quando 80% dos idosos relataram que se sentem satisfeitos pela maneira com que sua família demonstra afeição e reagem as suas emoções (tais como raiva, mágoa ou amor) e também se sentem plenamente satisfeitos pela maneira como compartilham o tempo juntos.

Segundo Duarte (2001, p.27), para compreender a família como um sistema é necessário entender seu funcionamento interno, que possui três componentes: estrutura, desenvolvimento e adaptação. Na estrutura a família é vista como um sistema sócio-cultural aberto e em transformação, estabelecendo interação entre seus membros. No desenvolvimento a família passa por etapas complexas com períodos de equilíbrio, adaptação e desequilíbrio. É através dessas adaptações que observamos a tendência do indivíduo em favorecer o seu “crescimento”. A família provedora é capaz de promover a satisfação de seus membros com liberdade e concretização emocional ou amadurecimento, sem perder sua continuidade.

Quando questionados sobre o incentivo que a família lhe dá para buscar outras atividades de recreação/lazer 66,67% dos idosos responderam que nunca recebem este apoio. Tal fato pode estar relacionado a múltiplos aspectos, tais como: o desejo do idoso de não sair de casa e/ou não apresentar perspectivas futuras; dificuldades de locomoção ou deslocamento desse idoso em função de seu alto grau de dependência; poucas oportunidades oferecidas pela comunidade; dificuldades financeiras da família ou desconhecimento sobre o que pode proporcionar como atividades de recreação/lazer ao idoso; entre outras. O que nos pareceu mais evidente é que na velhice avançada é no espaço doméstico, junto com a família que o idoso tem sua interação mais estreitada e desenvolve sua recreação/lazer.

A seguir, apresentamos a tabela 07, com a classificação da funcionalidade de cada família deste estudo.

Tabela 07: Classificação da Funcionalidade Familiar, segundo APGAR de Família.

Sujeitos	Pontuação	Classificação
I1	16	Boa
I2	19	Boa
I3	19	Boa
I4	7	Elevada disfuncionalidade
I5	18	Boa
I6	16	Boa
I7	15	Boa
I8	16	Boa
I9	16	Boa
I10	18	Boa
I11	15	Boa
I12	9	Moderada disfuncionalidade
I13	16	Boa
I14	13	Boa
I15	16	Boa

Fonte: Apgar de Família de Smilkstein (traduzido e validado por DUARTE, 2001). Classificação da Funcionalidade Familiar, 2010. Projeto DIFAI.

6.5.3 A Qualidade de Vida do idoso mais idoso dependente de cuidados

O escore total de qualidade de vida, expresso através do Whoqol-bref, para idosos mais idosos do Centro de Saúde onde foi realizada a pesquisa tem uma média de 85,66. A avaliação da Qualidade de Vida por domínios do Whoqol-bref aponta que os domínios mais significativos para os idosos são: relações sociais, seguidos de meio ambiente, psicológico e físico. Considerando uma amplitude de 0 a 100, a tabela 08 apresenta os escores médios por domínio do Whoqol-bref, para os idosos mais idosos do estudo.

Tabela 08: Média dos escores dos domínios do whoqol-bref em idosos mais idosos de um centro de saúde de Florianópolis, 2010.

Domínio	Média
Físico	48,2
Psicológico	60,53
Relações Sociais	65,13
Meio Ambiente	63,6

Fonte: WHOQOL-Bref (WHO, 2004). Média dos escores dos domínios do whoqol-bref em idosos mais idosos de um centro de saúde de Florianópolis, 2010. Projeto DIFAI.

A qualidade de vida foi avaliada no Whoqol-bref como sendo boa por 33,33% dos idosos. Os extremos podem ser verificados quando 13,33% dizem que sua qualidade de vida é muito boa e 6,68% dizem ser muito ruim. No que se refere ao grau de satisfação com a saúde, 53,34% dos idosos responderam que estão satisfeitos/muito satisfeitos e apenas 6,67% referem estar muito insatisfeitos. Segundo Corrêa e Ceolim (2008) a saúde é um dos principais elementos da qualidade de vida do indivíduo, sendo influenciada pelo estilo de vida, uma que esse está relacionado diretamente à qualidade de vida. No entanto, em indivíduos idosos e com doenças crônicas, como os deste estudo, a percepção de saúde e qualidade de vida é diferente, visto que eles já estão adaptados a situação de cronicidade.

No domínio físico, a faceta que mais se destacou positivamente foi sono e repouso com 60% dos respondentes considerando-se satisfeitos. Tal fato não é comum, conforme colocam Correa e Ceolim, (2008) quando dizem que os indivíduos idosos gastam mais tempo na cama, apresentam mais despertares durante a noite e, por isso, fazem mais queixas de insônia. O sono do idoso é redistribuído nas 24 horas do dia. Idosos frequentemente relatam sono “mais leve” e menos satisfatório (NETTO, 2007). Isso ocorre segundo Freitas (2006), devido à perda dos níveis mais profundos do sono NREM, existindo uma tendência maior a dormir durante o dia.

Já a faceta que menos pontuou no domínio físico foi a mobilidade relacionada com a locomoção evidenciando a condição de dependência física dos idosos, com 80% dos respondentes considerando sua marcha como ruim/mais ou menos. De acordo com Rauchbach (2001), o idoso pode apresentar problemas de postura, rigidez, coordenação motora e demonstra medo de se exercitar fisicamente, inclusive de caminhar. Segundo Netto (2006), na medida em que se envelhece surgem às doenças crônicas e desenvolvem-se deficiências, tais como auditiva e visual. Tal enfoque é importante porque este conjunto de alterações fisiológicas prevalentes no envelhecimento pode levar a deterioração da habilidade de manter-se independente fisicamente, com conseqüente declínio para a realização das AVD.

O declínio na realização das AVDs se desenvolve imperceptivelmente, na maioria das vezes, ao mesmo tempo em que as expectativas e atividades das pessoas que envelhecem também se restringem (NETTO, 2006). Isto pode ser reafirmado quando 53,34% dos idosos do nosso estudo referiram que não conseguem/conseguem muito pouco realizar as atividades que gostariam, e 53,33% dos respondentes estão insatisfeitos/muito insatisfeitos em relação à capacidade de desempenhar as atividades diárias. Tais respostas certamente estão associadas

às avaliações que eles fazem de si, quanto a sua capacidade de realização de algumas atividades que anteriormente realizavam sem dificuldades.

Ainda, segundo Bracher (2008, p. 24-25), outro fator que pode levar a um declínio na realização das AVDs é a dor, entendida como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada com danos reais ou potenciais em tecidos, modificada pelas características da memória, das expectativas e das emoções de cada um. No estudo que realizamos 53,33% dos idosos responderam que a dor os impede bastante de fazer o que precisam. Ao passo que 66,67% dos idosos responderam que necessitam extremamente/bastante de tratamento médico. Essa significativa queixa de dor pode estar associada a necessidade de tratamento médico que esses idosos relataram, pois segundo Bracher (2008), a dor é tida como um sinal de alerta relevante para a procura de atendimento médico.

No domínio psicológico, destaca-se que 60% dos idosos enxergam sentido no seu viver. Porém, 60% dos idosos consideram que aproveitam nada/muito pouco sua vida. De acordo com Freitas et al, 2006, encontrar significado na vida envolve três dimensões: equilíbrio entre perdas e ganhos; significado para as atitudes e os eventos do dia-a-dia e ter um propósito de vida. Tal fato é reforçado quando 66,66% relataram que não apresentam sentimentos negativos (mau humor, desespero, ansiedade) e/ou os apresentam algumas vezes. Estudos demonstram que os idosos possuem mecanismos de seleção, otimização e compensação, o que significa dizer que ajustam suas expectativas às suas condições, o que se expressa nas dimensões sociabilidade, empatia, autoconsciência, automotivação e autovalorização (NERI, 2007).

Outro ponto a ser considerado é a imagem corporal, que segundo Chaim, Izzo e Sera, (2009), consiste na maneira como o indivíduo julga a sua própria aparência. Neste sentido, os idosos deste estudo encaram o processo de envelhecimento de uma forma prazerosa e sem grandes conflitos, pois, 100% referiram aceitar muito bem sua aparência atual e 53,33% estão satisfeitos consigo mesmo, o que comprova a relação positiva entre auto-imagem e auto-estima para esses idosos.

O domínio relações sociais possuiu avaliação favorável em todas as suas facetas, principalmente no que se refere aos contatos pessoais (amigos, parente, conhecidos e colegas), com 93,34% idosos satisfeitos/muito satisfeitos. Porém quando perguntados sobre as oportunidades de lazer, 60% dos idosos relataram insatisfação com as oportunidades de lazer,

isto pode estar relacionado incapacidades que segundo Costa, Nakatani e Bachion (2006), comprometem sobremaneira a socialização dos idosos. Outro aspecto que se pode relacionar a essa queixa é a real falta de espaços e oportunidades de lazer voltado para os idosos mais idosos em nosso meio.

No domínio meio ambiente, 80% dos idosos demonstraram satisfação em relação ao acesso aos serviços de saúde e 80% demonstraram satisfação em relação com o meio de transporte. Além disso, 93,33% dos idosos se mostraram satisfeitos com o local onde moram e 86,67% consideram sua moradia saudável em relação a clima, barulho, poluição e atrativos. Em estudo realizado por Vecchia et al (2005), ter moradia própria constituiu para os idosos um dos aspectos centrais da condição de vida e bem-estar.

Em relação à segurança na vida diária, 80% sentem-se bastante/extremamente seguros, o que pode estar associado ao fato de morarem a muito tempo no mesmo local, além do fato dos idosos passarem a maior parte do dia em casa. Achados semelhantes foram encontrados por Kalache (2008), quando em suas pesquisas verificou que as pessoas idosas passam 60 a 70% de seu tempo em casa, muito mais do que outros grupos etários.

O escore total de qualidade de vida, expresso através do Whoqol-old teve uma média de 83,8. As facetas mais significativas foram: morte e morrer, seguidos de intimidade e funcionamento do sensório. A média dos escores por faceta do whoqol-old pode ser constatada na tabela 09.

Tabela 09: Média das facetas do whoqol-old em idosos mais idosos de um centro de saúde de aúde de Florianópolis, 2010.

Faceta	Média
Funcionamento do Sensório	62,91
Autonomia	56,66
Atividades passadas, presentes e futuras	59,16
Participação social	48,33
Morte e Morrer	79,58

Fonte: WHOQOL-Old (WHO, 2004). Média das facetas do whoqol-old em idosos mais idosos de um centro de saúde de Florianópolis, 2010. Projeto DIFAI.

Na faceta habilidades sensoriais 53,33% dos idosos acham que seus déficits sensoriais interferem bastante na realização das atividades de vida diária (AVDs). Segundo Freitas et al (2006), os déficits sensoriais são muitos comuns aos idosos e representam o motivo da perda da qualidade de vida, tornando-se empecilho para realização das AVDs (FREITAS et al, 2006).

No entanto quando perguntados se estes déficits interferiam na interação com outras pessoas, a grande maioria (73,34%) referiu não se sentir ou sentir-se muito pouco prejudicado em função de seus déficits sensoriais e 66,67% referiu que a perda de sentidos não afeta ou afeta muito pouco na participação em atividades. Nogueira et al (2009), colocam que com o avanço da idade, as pessoas tem uma rede de relações mais restrita, mais continuam a se relacionar com parceiros sociais emocionalmente próximos, tais como membros da família e amigos antigos.

Apesar dessas limitações impostas pelo envelhecimento, 53,33% dos idosos do estudo consideram o funcionamento de seus sentidos como sendo bom e 53,33% dos idosos referem que conseguem se concentrar bastante, o que está intimamente relacionada à percepção subjetiva dos acontecimentos e condições de vida. A diminuição da visão, por exemplo, pode não significar o mesmo para dois indivíduos diferentes; a perda funcional tem importâncias emocionais e sociais diferentes para cada indivíduo. É válido ressaltar, que para cada indivíduo, há uma forma de operacionalizar sua avaliação, e a avaliação de um mesmo indivíduo pode variar com o tempo, com a variação de prioridades ao longo da vida e com as circunstâncias pelas quais a vida pode se modificar (RAMOS, 2008).

Na faceta autonomia 66,67% dos idosos referiram possuir bastante liberdade para tomar suas próprias decisões e 80% deles referiram que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade. Segundo Ribeiro (2008) autonomia é a medida pela qual os indivíduos são capazes de tomar decisões em relação à escolha de atividades, métodos, maneiras de participação social, tempo de duração de atividades, dentre outras. Os limites colocados para o idoso pela família e sociedade configuram uma perda de autonomia que lhes apontam não ter os mesmos direitos que lhes cabiam na vida adulta. Isto implica cobranças e exigências do adulto para com os idosos que os limitam, principalmente em relação às possibilidades de satisfação.

Na faceta passado, presente e futuro quanto à percepção de futuro, 53,33% alega ter bastante controle e 93,34% dos idosos referiram que se sentem satisfeitos/muito satisfeitos com o que alcançaram em sua vida. Isso pode ser verificado no estudo quando 66,67% dos idosos relataram não ter perspectiva alguma ou muito pouca para continuar alcançando outras realizações na vida, o que pode se associar a um preparo para a morte. No entanto, apesar deste aparente controle assumido pelos idosos, quando questionados se os mesmos tinham medo de sentir dor antes de morrer, 60% deles referiram ter bastante medo. Tais achados vão de encontro com os estudos de Gonçalves (1999), que defende que os sentimentos que geralmente acompanham a morte e morrer são: medo da dor, temor, desconforto, frustração, iniquidade, entre outros.

A morte é o término da vida, o último momento do ser humano nesta existência, e pode acontecer com qualquer um, tendo em vista que o homem traz em si a sua finitude (FRUMI, CELICH, 2005). De acordo com esses autores à medida que as pessoas tomam consciência de sua finitude, passam a compreender a vida em sua complexidade e tendem a rever seus valores. Além disso, 80% dos idosos não se preocupam com a maneira pela qual irão morrer e 86,67% disseram que não possuem medo da morte. Segundo Py apud Freitas (2006), na velhice a percepção da proximidade da morte pessoal, aliada à experiência vivida ao longo dos anos, redimensiona a perspectiva de senso de controle ao indivíduo.

Na faceta participação social foi a que contribuiu de forma menos significativa para formação do escore de qualidade de vida do Whoqol-old, destacando-se a insatisfação de 33,33% dos idosos pela maneira que ocupam seu tempo e em relação ao seu nível de atividade, com 46,67% relatando-se insatisfeitos.

Estes achados estão relacionados às alterações sociais sofridas pelo idoso que ultrapassam seu controle ou desejo pessoal, decorrentes do declínio biológico e suas conseqüências, passando assim há ficar mais tempo em casa, atribuindo significados à realidade em que se encontra, onde cada nova informação adquirida vai sendo organizada e integrada à estrutura cognitiva já existente MIRANDA, FARIAS (2008); FREITAS ET AL (2006).

Na faceta intimidade, 73,33% dos idosos relataram possuírem muitas oportunidades para amar e 60% deles se sentem muito amados. Referem ainda que possuem o reconhecimento por parte de seus vínculos afetivos, quando proferido por 73,33% dos idosos. Segundo Macário (2007) é com o aprimoramento dos vínculos e desenvolvimento da

capacidade de amar que alcançamos a maturidade (representados pela serenidade, equilíbrio, experiências de vida). Para isto dependemos da “descoberta de si mesmo”, demonstrando que se pode seguir amando e sendo amado.

Na faceta atividade sexual 73,33% dos idosos encontram-se satisfeitos. A literatura gerontológica afirma que a sexualidade toma muitas formas de expressão e busca de prazer e acredita-se que a capacidade de viver o amor não se esgota com a idade, mais se recria (FREITAS et al, 2006). Estudos mais recentes revelam que a mudança está na forma de representação da sexualidade. Os idosos passam a valorizar o toque, o carinho, o abraço e o companheirismo.

6.5.4 A qualidade de Vida do Familiar Cuidador

A qualidade de vida dos cuidadores familiares do Centro de Saúde onde foi realizada a pesquisa também foi averiguada através do Whoqol-bref. Nessa averiguação verificou-se que o escore total de qualidade de vida dos cuidadores teve uma média de 92,53 (dp 17,48). A avaliação da Qualidade de Vida por domínios do Whoqol-bref aponta que os domínios mais significativos para os cuidadores são: relações sociais, seguido de psicológico, físico e meio ambiente. Ao compararmos com os resultados dos idosos verificamos que ambos pontuaram com mais robustez o domínio relações sociais, sendo que nos demais domínios houve diferenças de pontuação.

Considerando uma amplitude de 0 a 100, a tabela 10 apresenta os escores médios por domínio do Whoqol-bref, para os cuidadores desse estudo.

Tabela 10: Média dos escores dos domínios do Whoqol-bref em cuidadores de um centro de saúde de Florianópolis, 2010.

Domínio	Média
Físico	64,26
Psicológico	66,73
Relações Sociais	69,53
Meio Ambiente	60,46

Fonte: WHOQOL-Bref (WHO, 2004). Média dos escores dos domínios do whoqol-bref em cuidadores de um centro de Saúde de Florianópolis, 2010. Projeto DIFAI.

A qualidade de vida foi avaliada por 60% dos cuidadores como sendo boa, e 6,67% avaliaram como ruim. No que se refere ao grau de satisfação com a saúde, 40% dos cuidadores responderam que não se sentem satisfeitos nem insatisfeitos, e 26,67% responderam que estão insatisfeitos.

Segundo Moreira (2009), o domínio físico engloba aspectos relacionados à satisfação com a mobilidade, a capacidade para o trabalho, além de questões como o quanto você precisa de algum tratamento médico para levar a sua vida diária e o quanto sua dor o impede de fazer o que você precisa. Também aborda questões relativas à energia e fadiga, sono e repouso e atividades da vida diária. Essas questões estão ligadas a autossatisfação e o auto reconhecimento pelo papel desempenhado e algumas delas, se respondidas negativamente, são praticamente incompatíveis com o cuidado.

Neste estudo no domínio físico, a faceta que mais se destacou, assim como nos idosos, foi sono e repouso, com 60% dos cuidadores sentindo-se bastante/extremamente satisfeitos. Sabe-se que o sono está diretamente relacionado à qualidade de vida. A literatura trás que quando há distúrbios no sono, pelo menos três níveis da qualidade de vida do indivíduo são afetados, entre eles o nível biológico, com conseqüências imediatas ao organismo, tais como: cansaço, fadiga, falhas de memória, dificuldade de atenção e de concentração, hipersensibilidade para sons e luz, taquicardia e alteração do humor (MULLER, GUIMARÃES, 2007). Tal relação foi evidenciada no estudo, mas de maneira positiva, visto que os cuidadores relataram ter boa qualidade de sono, o que interferiu nas demais facetas do domínio físico.

Essa relação positiva pode ser evidenciada quando a maioria deles (53,33%) referiu ter muita/completa disposição (energia) para seu dia-dia, 73,33% estão satisfeitos/muito satisfeitos em relação à capacidade de desempenho das atividades do dia-a-dia e 53,33% estão muito satisfeitos com sua capacidade para o trabalho. Ainda, evidenciou-se que 53,33% dos cuidadores referem que conseguem se concentrar bastante.

Cerqueira e Oliveira (2002) defendem que cuidar de idosos dependentes traz uma variedade de efeitos adversos, e reconhece o impacto emocional vivido por familiares que cuidam de idosos. Esse impacto emocional ou sobrecarga tem sido definido como: problemas físicos, psicológicos ou emocionais, sociais e financeiros que familiares apresentam por cuidarem de idosos doentes.

Segundo Moreira (2009), os atributos individuais do cuidador e o significado que este atribui ao seu cuidado supera a sobrecarga objetiva de cuidar de alguém com grau de dependência. Isto pode ser afirmado quando observamos em nosso estudo que 46,67% dos cuidadores disseram que precisam mais ou menos/bastante de tratamento médico para levar sua vida diária que pode estar relacionado a uma busca de significado e fortalecimento para o cuidado. Isso pode ser evidenciado quando 60% dos cuidadores responderam que sua dor não os impede e/ou os impede muito pouco de fazer o que precisam. O que pode ser reafirmado quando 73,33% relatam que são capazes de se locomover bem/muito bem.

No domínio psicológico, 80% dos cuidadores percebem que sua vida tem bastante/extremamente sentido e 46,67% relataram que não apresentam sentimentos negativos tais como: mau humor, desespero ansiedade e depressão. O autoreconhecimento e a sensação de ser capaz são chamados de self efficacy por alguns autores. Há estudos que comprovam que quanto maior a self-efficacy, menores os sintomas depressivos. O autoreconhecimento, os ganhos emocionais envolvidos na tarefa de cuidar e os aspectos positivos foram enfatizados em alguns estudos nacionais e internacionais e devem ser destacados para melhor compreensão da qualidade de vida dos cuidadores (GILLIAM ET AL, 2006).

Outro aspecto importante diz respeito à autoestima que geralmente está relacionada com a imagem corporal e a aparência. Nesse sentido, 53,33% dos cuidadores familiares entrevistados informaram ter completa aceitação da aparência física atual.

No domínio relações sociais 73,33% dos cuidadores relataram que estão satisfeitos/muito satisfeitos com seus contatos pessoais (amigos, parentes, conhecidos e colegas) e 80% relatam que estão satisfeitos/muito satisfeitos com o apoio recebido. Esses aspectos são importantes para fortalecer a capacidade de resiliência desses cuidadores. De acordo com Silva et al. (2003), a resiliência caracteriza-se pela capacidade do ser humano responder de forma positiva às demandas da vida cotidiana, apesar das adversidades que enfrenta ao longo de seu desenvolvimento. Apesar de cuidadores serem mais susceptíveis a sobrecarga (Glozma, 2004), quanto mais experiência de vida e capacidade de resiliência, maior sua capacidade de aceitação dos fatos (PAULO ET AL, 2008).

Outro aspecto para a qualidade de vida do ponto de vista psicológico e nas relações sociais é a satisfação com sua atividade sexual. Nesse sentido, 46,67% dos cuidadores familiares que fizeram parte desse estudo relataram estar satisfeitos/muito satisfeitos com sua

sexualidade. Segundo Carter (2006), as relações sociais são fatores preditivos importantes de felicidade.

No domínio meio ambiente, apesar de 40% dos cuidadores considerarem sua condição monetária como insuficiente, em relação à segurança na vida diária, a maioria (66,67%) se sente bastante/extremamente seguros. Por outro lado, 86,67% deles estão satisfeitos/muito satisfeitos com o local onde moram, 88,66% consideram-no saudável em relação a clima, barulho, poluição e atrativos. Já 60% dos cuidadores familiares demonstraram-se satisfeitos/muito satisfeitos em relação à satisfação com o meio de transporte.

Em relação à disposição das informações que precisam para o seu dia-a-dia, 66,70% dos cuidadores referem ter bastante/acesso completo. Para manter-se interagido com as informações do dia-a-dia, faz-se necessário ter acesso a informação, que segundo Ribeiro, Dias, Alves (2008) é elemento chave para construção de uma representação social saudável.

No entanto, em relação ao serviço de saúde (satisfação com o acesso), a insatisfação em relação ao acesso foi demonstrada por 53,34% dos cuidadores. O que pode justificar esta insatisfação dos cuidadores é que estes normalmente buscam apoio em instituições de saúde e/ou religiosas e muitas vezes, não encontram. Isso talvez ocorra porque nossos serviços de saúde ainda não cumprem na totalidade com o que é preconizado pelo SUS, isto é, equidade, integralidade, universalidade, concordando com Souza, Wegner, Gorini (2007) quando dizem que as Instituições de Saúde não estão estruturadas atenderem aos cuidadores informais, o que pode refletir nos cuidados prestados aos idosos.

Quando perguntamos aos cuidadores familiares sobre o quão aproveitam sua vida, 46,67% responderam que aproveitam muito pouco e 53,34% dos cuidadores relataram não ter e/ou ter pouquíssima oportunidade de lazer. Segundo Alvarez (2001), a condição de cuidar impede muitas vezes que o cuidador vivencie outras atividades que o coloquem em contato outras relações sociais e/ou ambientes.

6.5.5 O Estilo de Vida do familiar Cuidador

Em uma visão holística, considera-se qualidade de vida como sendo uma condição humana resultante de um conjunto de aspectos individuais e o meio em que a pessoa vive (NAHAS, 1997 apud Nahas, 2003).

Segundo Santos (2005), os elementos que debilitam a qualidade de vida devem ser combatidos através da aceitação de um estilo de vida ativo e saudável baseado: na alimentação balanceada; prática constante de exercícios físicos; abandono do consumo de drogas lícitas (cigarro, álcool) e ilícitas (maconha, cocaína); prática de sexo seguro; ser adepto do lazer ativo; não ultrapassar os limites do nosso corpo; manter bom relacionamento interpessoal; respeitar os horários de sono; praticar técnicas de meditação e relaxamento; entre outros. Existem fatores positivos e negativos em nosso estilo de vida, que comprovadamente afetam nossa saúde e bem estar a curto ou longo prazo, a qualidade de vida das pessoas (NAHAS, 1999 apud Nahas, 2003 p.21).

Em nossa pesquisa procuramos também investigar o estilo de vida do familiar com o intuito de verificar em que medida o exercício do papel de cuidador pode afetar seu estilo de vida e, por conseguinte, sua qualidade de vida. Na Tabela 11, apresentada a seguir, mostramos os resultados encontrados. Vale ressaltar, que em cada componente há três itens e que para o estudo foi considerada a pontuação mínima = 0 pontos e a máxima = 9. A pontuação 0-3 equivale a um estilo de vida indesejável; 4-6: estilo de vida regular e 7-9: bom estilo de vida.

Tabela 11: Estilo de vida individual do familiar cuidador.

	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13	C14	C15
<i>Nutrição</i>	Regular	Bom	Bom	Indesejável	Regular	Indesejável	Regular	Bom	Regular	Regular	Regular	Bom	Bom	Bom	Bom
<i>Atividade Física</i>	Indesejável	Bom	Indesejável	Indesejável	Indesejável	Regular	Regular	Regular	Bom	Bom	Indesejável	Indesejável	Regular	Indesejável	Regular
<i>Comportamento Preventivo</i>	Bom	Bom	Bom	Regular	Bom	Indesejável	Bom	Bom	Bom	Bom	Bom	Regular	Bom	Bom	Regular
<i>Relacionamentos</i>	Regular	Bom	Regular	Regular	Indesejável	Indesejável	Regular	Indesejável	Bom	Bom	Indesejável	Regular	Indesejável	Bom	Regular
<i>Controle do Estresse</i>	Indesejável	Bom	Bom	Indesejável	Regular	Indesejável	Regular	Regular	Regular	Bom	Indesejável	Bom	Bom	Bom	Bom

Fonte: Estilo de Vida (NAHAS, 2000). Estilo de vida individual do familiar cuidador, 2010. Projeto DIFAI.

Ao analisar cada componente do instrumento verificamos que o que mais se destacou como bom estilo de vida foi o comportamento preventivo, com uma média de 73,33%, pois a maioria dos participantes pontuou entre 7-9. Segundo Sene, Nandi, Freitas (2008, p.15),

entende-se por comportamento preventivo como “ações individuais ou coletivas, executadas voluntariamente pelo indivíduo em estado assintomático com o objetivo de minimizar o potencial de ameaça percebido”.

Em nosso estudo verificou-se que a maioria (80%) dos familiares cuidadores conhece os valores de sua pressão arterial, níveis de colesterol e se procuram sempre/quase sempre controlá-los. Quanto ao hábito de não fumar e/ou ingerir bebidas alcoólicas, 73,33% responderam que esta atitude é sempre/quase sempre verdadeira no seu dia-a-dia. Quanto ao uso do cinto de segurança, 93,34% deles responderam que sempre/quase sempre o utilizam.

Para Nahas (2007) existem evidências de que o estilo de vida individual é um conjunto de crenças, valores e atitudes que se reflete em nossos hábitos cotidianos, ou seja, em nosso padrão de comportamento. O estilo de vida adotado apresenta um elevado impacto sobre a saúde, em geral, determinando para a grande maioria das pessoas o quão doentes ou saudáveis, serão a médio e longo prazo. Em síntese, é em face do estilo de vida individual com seus comportamentos relacionados à saúde que surgirão os reflexos positivos ou negativos em nossa qualidade de vida atual e na velhice. Porém, diante dos mais diferentes graus de desequilíbrios e contrastes socioeconômicos em que se vive nos dias de hoje, pode-se admitir que ainda estejamos longe de um estilo de vida ideal. Mudanças no estilo de vida não são fáceis de realizar e dependem da nossa vontade, do apoio de familiares e amigos e das informações e oportunidades que nos são oferecidas (NAHAS, 2003).

Em relação ao estilo de vida do ponto de vista da nutrição do cuidador, 46,67% dos participantes obtiveram um bom escore. Em nosso estudo 53,33% relataram que sua alimentação sempre inclui pelo menos 5 porções de frutas e hortaliças e 33,33% às vezes/quase sempre. Quando perguntados sobre a ingestão de 4 a 5 refeições variadas ao dia, incluindo um bom café da manhã, 66,67% relataram ter este hábito diário, enquanto que 13,33% responderam quase sempre. Porém, o que se destacou de negativo foi o consumo de alimentos gordurosos (carnes gordas, frituras) e doces com 66,67% dos cuidadores afirmando que sempre/quase sempre consomem.

Vale ressaltar que o fator nutrição está relacionado com o poder aquisitivo das pessoas, na utilização de certas comodidades adquirindo alimentos industrializados, tendo um consumo de alimentos com alto teor calórico. Os alimentos de origem vegetal ou animal fornecem ao ser humano, nutrientes necessários que nosso organismo necessita, bem como as

substâncias que constroem e mantêm as células que permitem o crescimento e fornecem energia para os processos metabólicos vitais e as atividades do dia-a-dia. As funções físicas, mentais e o bem-estar social, também dependem da boa nutrição. (SENE, NANDI, FREITAS, 2008).

No componente controle do estresse, assim como na nutrição, 46,67% dos participantes obtiveram um bom escore de estilo de vida. Como critério de desempate levou-se em consideração o estilo de vida regular. Segundo Nahas (2003,p.18), “stress é o conjunto de reações que o organismo tem às agressões de diversas origens, capazes de perturbar o equilíbrio interno. Convivemos constantemente com situações de estresse. Doses (intensas ou prolongadas) de estresse podem trazer sérios problemas psicológicos e físicos”. Quando as situações de estresse estão fora de controle pode interferir em nossas atividades diárias, resultando em perda de produtividade e afetando nossos relacionamentos.

Em relação ao tempo dispensado para relaxar, 66,67% relataram reservar ao menos 5 minutos diariamente. Esta atitude pode ser reafirmada quando 60% deles responderam que sempre equilibram o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer. Quando perguntados sobre sua tolerância de se manter inalterado em meio a uma discussão, 46,67% responderam que sempre conseguem ter essa postura.

No componente relacionamentos, 26,67% obtiveram um bom escore de estilo de vida. Segundo Sene, Nandi, Freitas (2008,p.20), o relacionamento e comportamento social são um conjunto de ações, atitudes e pensamentos que o indivíduo apresenta em relação à comunidade, aos indivíduos com quem ele interage e a ele próprio. A qualidade de interação é resultante da conjunção de dados inatos com os processos de socialização. As dificuldades de relacionamento social e pessoal, muitas vezes estão ligadas a problemas que o indivíduo tem com familiares ou na sua própria educação em casa. No entanto, em relação à satisfação e cultivo das amizades, 73,33% dos familiares pesquisados responderam que estão satisfeitos.

Quando perguntados se seu lazer incluía encontros com amigos, atividades esportivas em grupo, participação em associações ou entidades sociais, 46,66% responderam que esta atitude não faz parte de seu estilo de vida, o que pode ser reafirmado quando 53,33% deles responderam que não são ativos em sua comunidade. Segundo Caldeira e Ribeiro, (2004), quando os a família precisa cuidar de um idoso dependente, o sistema emocional da família é

abalado, ela se vê envolvida por sentimentos intensos e conflitantes difíceis de manejar, que acabam por lhe impor certo isolamento.

No componente atividade física, apenas 20% dos familiares cuidadores obtiveram um bom escore de estilo de vida. Quando perguntados da realização de pelo menos 30 minutos de atividades físicas moderadas/intensas 5 ou mais dias na semana, 66,67% dos cuidadores responderam que não tem esta atitude. Em relação ao hábito de pedalar/caminhar ao invés de utilizar o meio de transporte e/ou usar as escadas ao invés do elevador, 40% deles responderam que esta atitude não faz parte do seu estilo de vida.

Segundo Nahas (2007), entende-se por atividade física qualquer movimento corporal com gasto energético acima do repouso, sendo que esta inclui: deslocamento, trabalho, realização de tarefas domésticas, prática de exercícios físicos, dança, esportes. A escolha por alguma dessas modalidades é influenciada pelas características biológicas, comportamentais e culturais.

Pesquisas como as Alvarez (2001); Santos (2003); Pimenta *et al.*(2009) destacam que o fato do familiar assumir as responsabilidades de cuidar de um idoso dependente faz com que ele acabe descuidando de si. Assim, pessoas que já não possuíam o hábito de realizar atividades físicas regulares dificilmente irão incorporar esse comportamento no momento atual. Cabe aos profissionais de saúde explicar o valor de tais práticas para manutenção da saúde desse cuidador e estimulá-lo a exercitar-se dentro de suas possibilidades e preferências.

6.6 Conclusão

Em relação à identificação do perfil do idoso e familiar cuidador, consideramos que o instrumento era bastante completo, o que facilitou o alcance do objetivo. Nesse estudo também observamos que são as mulheres quem mais assumem o papel de cuidadoras. Verificamos, ainda, que elas em média possuíam menos de oito anos de estudo o que nos pareceu interferir na qualidade do cuidado prestado. Por outro lado, o conhecimento que essas cuidadoras tinham acerca de hábitos e preferências do idoso eram bastante grande, o que pode estar relacionado ao fato da maioria morar com o idoso.

Em relação a conhecer a dinâmica familiar de cuidados de idosos mais idosos, consideramos que não tínhamos um instrumento que mensurasse de forma adequada tal complexidade. Porém, ao aplicarmos todos os instrumentos da pesquisa, fomos obtendo

respostas "nas entrelinhas" que nos deram uma visão geral, subjetiva. Acreditamos que para ter uma visão mais ampla da dinâmica de cuidados de cada família, teríamos que realizar mais visitas domiciliares, observação participante e entrevistas em profundidade.

Ao analisarmos os dados fornecidos pelo idoso sobre sua percepção da família que o cuidava percebemos a subjetividade do conceito de "cuidado". Em algumas famílias pudemos perceber risco para negligência, talvez em virtude do cansaço, estresse emocional e sobrecarga. Em alguns casos percebemos que o idoso ficava muito tempo sozinho em casa, e com condições de higiene e nutrição consideradas por nós inadequadas. No entanto, acreditamos que a inter-relação familiar dos pares (cuidador/idoso) é um processo dinâmico, construído durante toda a vida do indivíduo, e o sentimento de gratidão que esses idosos tinham em relação a seu familiar cuidador talvez justifique os altos escores no apgar encontrados em algumas famílias.

Ainda quanto à dinâmica familiar podemos perceber em umas das famílias o rearranjo familiar frente à adaptação, onde o idoso é ainda visto ainda como líder (papel que construiu em sua vida). Em outras famílias observamos a inversão de papéis, que Freitas (2006,p.38) coloca como "o pai herói é a pessoa que agora precisa dele", onde o filho passou a ser o provedor do pai. Outro ponto a ser considerado é a diversidade de significados do conceito de família, em especial para uma das idosas entrevistadas, que relatou considerar seus cuidadores como sua família, apesar deles não morarem na mesma casa e não possuírem laços consangüíneos. Parece que os laços afetivos, de gratidão e reconhecimento são tão importantes nesse momento de maior dependência do que os laços consangüíneos, que não significam garantias de cuidados na velhice. Considerando o exposto, percebemos que a família ainda é o *locus* preferencial para o cuidado do idoso. No entanto, quando os idosos encontra-se com maior fragilidade e/ou dependência associadas a alta longevidade requerem um empenho maior do familiar cuidador.

Quanto à qualidade de vida, acreditamos ter cumprido os objetivos de conhecer como o idoso e familiar percebem sua qualidade de vida. Apesar de considerarmos a objetividade na avaliação da qualidade de vida (exemplo: realização de AVDs), destacamos a subjetividade (percepção individual) por parte dos idosos, para dar uma avaliação completa da qualidade de vida. Tal fato vai de encontro à literatura quando Fleck (2008, p.38) diz que "o construto da qualidade de vida é multidimensional", não abrangendo apenas aspectos funcionais, mas

também físico, mental, social e de percepção individual. Isso pode ser observado quando a maioria dos idosos relatou sua capacidade para o trabalho diminuída, que o funcionamento de seus sentidos interferia bastante na realização das AVDs, mas avaliaram seu funcionamento dos sentidos como bom e consideraram sua qualidade de vida boa.

Outro ponto a ser destacado foi em relação à sexualidade, onde muitos idosos responderam que estavam satisfeitos. No entanto, a maioria se reportou a momentos vivenciados no passado, quando seus cônjuges ainda estavam vivos, em suas falas percebemos que estavam relembando suas vivências matrimoniais. Entre os idosos casados cujos cônjuges ainda estão vivos os relatos diziam respeito à forma como expressam sua sexualidade atualmente, que acontece através de sentimentos de afeição, troca de carícias e estabelecimento de diálogo. Sendo assim, percebemos que nas situações em que o idoso encontra-se cognitivamente preservado “parece” que ele consegue manter-se relativamente independente e autônomo por mais tempo, percebe sua qualidade de vida de forma mais satisfatória e interage melhor com seu cuidador, o que facilita o processo de cuidar.

Observamos que muitos cuidadores precisavam de acompanhamento médico, não somente devido às limitações físicas, mas também psicológicas. Ainda que muitas de suas respostas tenham sido positivas, como a capacidade para o trabalho, capacidade para desempenho para atividades do dia-a-dia, relações pessoais. Acreditamos que estas questões estão ligadas a própria função desempenhada de cuidar do idoso dependente de cuidados, de sua autocobrança em exercer o papel de cuidador. Pareceu-nos que eles pensavam que se expressassem seus reais sentimentos seriam mal avaliados no papel de cuidador. Observamos uma evidente sobrecarga que puderam ser evidenciadas por fâcias de cansaço, olheiras, mãos trêmulas, das sucessivas reclamações de não poderem sair de casa por causa do grau de dependência do idoso, sendo relatado que suas relações sociais se restringiam ao âmbito doméstico.

Em relação ao estilo de vida consideramos que o instrumento proporcionou uma avaliação mais fidedigna em relação aos dados objetivos e subjetivos por nós observados. Como verificado no componente comportamento preventivo que obteve maior pontuação, o que se reforça quando a maioria dos cuidadores relatou procurar bastante tratamento médico. Ao passo que o componente que menos pontuou foi de atividade física seguido de relacionamentos, o que se justifica a permanência dos cuidadores confinados em casa a maior parte do tempo.

Por fim, consideramos que cabe ao enfermeiro o papel de cuidar do binômio idoso/familiar cuidador, investir em práticas de educação e promoção da saúde de ambos e prevenção de agravos. Tais ações com vistas a manutenção e/ou melhora da qualidade de vida do idoso mais idoso e de seu familiar cuidador.

7. Considerações Finais

Uma de nossas limitações foi organizar e sintetizar todos os resultados dessa pesquisa para conseguir apresentá-los na forma de artigo, como exigido pelo Colegiado da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem. Isto porque dispomos de muitos dados, que podem gerar mais de um artigo e que, neste momento não tivemos condições de prepará-los com o devido rigor científico. Nosso compromisso é fazê-los tão logo termine o processo de avaliação da VIII Fase.

Em relação ao processo de pesquisa encontramos alguns entraves. Embora o município de Florianópolis dispusesse de um sistema de organização e registro dos dados cadastrais (Infosaúde), podemos perceber que muitas vezes este se encontrava desatualizado, com endereço/telefone incorretos e registro de marcadores já falecido há mais de 5 anos. Isto fez com que fossemos até a casa de muitos idosos e não os encontramos (por falecimento, por troca de endereço etc.), o que acabou por atrasar a nossa coleta de dados.

Quanto aos instrumentos para coleta de dados tivemos dificuldades de diferentes naturezas, uma delas foi durante a aplicação dos mesmos quando verificamos que entrevistados sentiam a necessidade de falar mais do que aquilo que estava sendo perguntado, isto é, eles queriam comentar outros fatos vivenciados. A outra dificuldade foi eles entenderem o significado das respostas oferecidas e fazerem suas opções (muito ruim, muito bom. Percebemos que essas opções para idosos muito idosos é de difícil compreensão, assim precisávamos repetir várias vezes a mesma pergunta. Alguns sujeitos ainda consideraram os instrumentos longos e cansativos.

Em relação às facilidades e aprendizados com uso dos instrumentos percebemos que: embora as pessoas precisassem quantificar suas respostas, nós conseguimos desenvolver uma maneira, para que a sua compreensão fosse a mais completa e adequada. Deste modo, toda vez que o idoso/cuidador não entendia a pergunta feita, nós a repetíamos e dávamos uma breve explicação com exemplos, com o cuidado de não influenciá-lo na resposta. Desta

maneira obtivemos um conhecimento global das interações familiares, qualidade de vida, perfil do idoso e cuidador e estilo de vida do cuidador.

Consideramos que os resultados obtidos suscitam questões para novos estudos, servindo como um estímulo para investir mais nesta temática. Acreditamos que a enfermagem e a saúde precisam desenvolver ainda mais estudos nessa área por se tratar de um assunto complexo e abrangente.

Referencias do Projeto

ALVAREZ, A.M.. **Tendo que cuidar: a vivência do idoso e de sua família cuidadora no proceso de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar**. Florianópolis: Universitária, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Cadernos de Atenção Básica n. 19. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, departamento de atenção básica – Brasília: ministério da saúde, 2006.

CARREIRA, Lígia. **Cuidado da família ao idoso portador de doença crônica: análise do conceito na perspectiva da família**-Tese (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto). Ribeirão Preto, 2006.

ELSEN, I.; WAIDMAN, M. A. P. **Famílias e Necessidades: revendo estudo**. (1992). Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1643/1068>. Acesso em 26 de novembro de 2009.

FARIAS, R.G. **Qualidade de vida e envelhecimento ativo em idosos mais idosos residentes na comunidade**. Florianópolis, 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

FERREIRA, N. S. C. Repensando e ressignificando a gestão democrática da educação na" cultura globalizada. *Educ Soc*, v.25, n.89, p.1227-1249. 2004.

FLECK, M. P.A. **A avaliação da qualidade de vida**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FLECK, M. P.A. (COORDENADOR). **Versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida (whoqol) 2000 – anexo: whoqol abreviado-versão em português**. Disponível em: www.ufrgs.br/psiq/whoqol84.html. Acesso em 16 de Novembro de 2009.

FLECK, M. P.A ET AL. **Aplicação da Versão em Português do ...** Journal of Public Health, revista de saúde pública, porto alegre, RS, Abril 2008. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf acesso em: 16 de novembro de 2009.

FREITAS, E.V. ET AL. **TRATADO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA**. 2 ED. RIO DE JANEIRO: GUANABARA KOOGAN, 2006.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de Pesquisa**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1996.

GONÇALVES, L.H.T.; ALVAREZ, A.M.; SENA E.L.S.; SANTANA, L.W.S; VICENTE, F.R. **Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, sc**. Rev. Texto Contexto Enfermagem, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a04.pdf> Acesso em: junho 2010.

HAYFLICK, L. **The Future of Ageing**. Nature, v.408, n.6809, p.267-269. 2000. Disponível em: http://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=2000&as_vis=1&q=HAYFLICK+%281997%29 .Acesso em:

HAZZARD, W. R. et al. **Princípios da Medicina Geriátrica e Gerontologia**. 3ed. Nova York: McGraw Hill. 1994.

IBGE. Tábuas completas de morbimortalidade – 2004. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=266&id_pagina=1 acesso em: 12 de novembro de 2009.

LACERDA, Paiva; V, M. Do Rosário Latorre, et al. **Sexualidade de Mulheres Vivendo com Hiv/Aids em São Paulo** *sexuality of women living with hiv/aids in são paulo*. Cad. saúde pública, v.18, n.6, p.1609-1620. 1997

LEBRÃO, et al. **O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/20.pdf>. Acesso em 23 de Novembro de 2009.

Lidz, C. W., A. Meisel, et al. BARRIERS TO INFORMED CONSENT. Annals of Internal Medicine, v.99, n.4, p.539. 1983

NARDI, Edileuza de Fátima Rosina; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix. **Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente**. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/5263/2997> Acesso em 24 de Novembro de 2009.

NERI, A. L. **Envelhecimento e qualidade de vida na mulher.** Gerontologia, v.9, n.1, p.6-13. 2002.

PASCOAL, M., D. S. Albertão Dos Santos, et al. Qualidade de vida, terceira idade e atividades físicas. Motriz. Revista de Educação Física. UNESP, v.12, n.3, p.217. 2007.

PITTAUD, P. **Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família.** Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2003000300009&script=sci_arttext. Acesso em 23 de Novembro de 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS – PMF. Secretaria Municipal de Saúde. Grupo Gestor de Saúde. Programa de Atenção à Saúde do Idoso. Apresentação Programa Capital Idoso. Florianópolis: SMS, 2006.

RAMOS, L. R. et al. **Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: Resultados de inquérito domiciliar.** Revista de Saúde Pública. 2006.

RODRIGUES, S. L. **A saúde de idosos que cuidam de idosos.** (2006) Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0080-62342006000400007&script=sci_arttext acesso em: 12 de novembro de 2009. Acesso em 10 de maio de 2010.

SALDANHA, et al. **O estado da arte sobre cuidado ao idoso: diagnóstico da produção científica em enfermagem.** Physis, v.19, n.3. (2004).Disponível em: <http://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt>
[BR&q=+SALDANHA%2C+CALDAS+E+VIEIRA+%282004%29+idoso&btnG=Pesquisar&lr=&as_ylo=&as_vis=0](http://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt&q=+SALDANHA%2C+CALDAS+E+VIEIRA+%282004%29+idoso&btnG=Pesquisar&lr=&as_ylo=&as_vis=0). Acesso em 15 de junho de 2010.

SANTOS, S. M. A, ET AL. **Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico.** (2002). Disponível em: www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a21.pdf acesso em: 12 de novembro de 2009.

SILVA, L.W.S. **A dinâmica das relações da família com o membro idoso portador de diabetes mellitus tipo 2.** 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007. Disponível em: www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0575-T.pdf. Acesso em: 12 de Novembro de 2009.

SILVESTRE, J. A; COSTA, M; M, NETO; **Abordagem do idoso em programas de saúde da família.** *Cad Saúde Pública*, v.19, n.3, p.839-47. 2003. Disponível em: http://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=Silvestre%2C+Costa%2C+Neto+%282003%29+idoso&btnG=Pesquisar&lr=&as_ylo=&as_vis=0. Acesso em 15 de junho de 2010.

TEIXEIRA, I.N. D' A. O. **Revisão da literatura sobre os conceitos e definições de fragilidade em idosos**, 2008. Disponível em: www.unifor.br/notitia/file/2992.pdf acesso em: 12 de novembro 2009.

VIEIRA, T.T.; Lavinsky, A. E. **Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimentos dos familiares envolvidos; The process of taking care of seniors with cerebral vascular accident: relatives' feelings.** *Acta sci., Health sci*, v.26, n.1, p.41-45. 2004. Disponível em: http://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=VIEIRA%2C+%282004%29+idoso&btnG=Pesquisar&lr=&as_ylo=&as_vis=0. Acesso em 24 de junho de 2010.

Referências do Manuscrito

ACTIVITIES, L. **Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária.** *Acta paul enferm*, v.19, n.1, p.43-35. 2006.

ALEXANDRE, T. S., R. C. Cordeiro, et al. **Fatores associados à qualidade de vida em idosos ativos.** *Rev. Saúde Pública*, p.613-621.

ANDRADE, C. B. et al. **Envelhecimento e capacidade para o trabalho dos trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar.** *Rev esc enferm USP*, v.41, n.2, p.237-44. 2007.

Arruda, M. C., Â. M. Alvarez, et al. **O Familiar Cuidador de Portador de Doença de Alzheimer Participante de um Grupo de Ajuda Mútua.** *Ciencia Cuidado e Saude*, Jul/Set. 2008.

BARROS, D. S. **Médicos plantonistas de unidade de terapia intensiva: perfil sócio-demográfico, condições de trabalho e fatores associados à síndrome de burnout.** *Rev. bras. ter. intensiva*, p.235-240.

BRACHER, E. S. B. **Adaptação e validação da versão em português da escala graduada de dor crônica para o contexto cultural brasileiro; Cross-cultural adaptation and validation of a brazilian portuguese version of the chronic pain grade.** Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva, 2008.

BOHORQUEZ CARVAJAL, J. D. **Sexualidad y Senectud. Hacia promocion Salud**, p.13-24.

CALDAS, C. P., 1995. **A abordagem do enfermeiro na assistência ao cliente portador de demência.** Revista Enfermagem da UERJ. Rio de Janeiro, v. 3, n.2, p.37-45, out/dez, 2000.

CALDEIRA, A. P. S. e RIBEIRO, R.. **O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer.** Arquivo Ciência Saúde, v.11, n.2, p.2-6. 2004.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica.** Rio de Janeiro: IPEA, p.1-97. 2006.

CARTER, De Aquino Moraes, C. Saúde, Doença Mental e Serviços de Saúde na Visão de Adolescentes e seus Cuidadores. Disponível em: http://scholar.google.com.br/scholar?start=20&q=CARTER+%282006%29+cuidador&hl=pt-BR&as_sdt=2000. Acesso em 23 de Novembro de 2009.

CARNEIRO, R. S. **Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais.** *Psicol. reflex. crit*, p.229-237.

CELICH, K. L. S.; GALON, C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária. *Revista Bras. Geriatria e gerontologia*, 2009.

CERQUEIRA, A. e OLIVEIRA, N. I. L.. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicol. USP*, p.133-150. Disponível em: http://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=CERQUEIRA+E+OLIVEIRA+%282002%29&btnG=Pesquisar&lr=&as_ylo=&as_viss=0. Acesso em 23 de Novembro de 2009.

CHAIM, H. I. J; SERA, C. T. N. **Cuidar em saúde: satisfação com imagem corporal e autoestima de idosos.** Revista O Mundo da Saúde São Paulo. 2009.

COSTA, C. C., A. Y. K. NAKATANI, et al. **Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver atividades instrumentais de vida diária.** Acta Paul Enfermagem, v.19, p.196-200. 2006.

CORRÊA, K; CEOLIM, M. F. **Qualidade do sono em pacientes idosos com patologias vasculares periféricas.** Rev. esc. enferm. USP, p.12-18.

DA EXALTASÃO COUTRIM, R. M. **Idosos trabalhadores: perdas e ganhos nas relações intergeracionais.** Sociedade e Estado, v.21, n.2, p.367-390. 2006.

DA SILVEIRA, T. M.; CALDAS, C. P. **Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais.** Cad. saúde pública, v.22, n.8. 2006.

DANTAS, E. H. **Avaliação da percepção da qualidade dos modos de transporte urbano, do ponto de vista do usuário idosos de Copacabana.** 2005.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; DOS DANTOS, S.R. **Educação continuada em enfermagem: conhecimentos, atividades e barreiras encontradas em uma maternidade escola.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, p.43-50.

DE ANCIANO et al. **Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal.** Revista da escola de enfermagem da USP, v.43, n.3, p.609-14. 2009.

DE ARAÚJO, L. F.; COUTINHO, M. P. de Lima. **O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais.** Psicologia & Sociedade, v.18, n.2, p.89-98. 2006.

DIAS, V. K.; SCHWARTZ, G. M. **O lazer na perspectiva do indivíduo idoso.** Revista Digital de Buenos Aires v.9, n.07, p.07. Disponível em:< [http://www. efdeportes. com/efd87/idos. htm](http://www.efdeportes.com/efd87/idos.htm)> Acesso em junho/2010.

DUARTE, Y.A.O. **Família: rede de suporte ou fator estressor: a ótica de idosos e cuidadores familiares.** São Paulo; s.n; dez. 2001.

DUARTE, Y. A. O. **Cardeneta de Saúde da Pessoa Idosa.** Disponível em: [http://74.125.93.132/search?q=cache:_HNutdcuxLAJ:www.saude.sp.gov.br/resources/geral/agenda/pdfs/evento_idoso-4_de_marco-fsp-yeda_duarte-profa_escola_de_enfermagem-parte_1.pdf+Duarte\(2007\)+saude+da+pessoa+idoso&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://74.125.93.132/search?q=cache:_HNutdcuxLAJ:www.saude.sp.gov.br/resources/geral/agenda/pdfs/evento_idoso-4_de_marco-fsp-yeda_duarte-profa_escola_de_enfermagem-parte_1.pdf+Duarte(2007)+saude+da+pessoa+idoso&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br). Acesso em 23 de Novembro de 2009.

ESTEVES, J. V. D. C.; ANDREATO, L. V. **Estilo de vida de praticantes de atividades físicas em academias da Terceira idade de Maringá - PR.** Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP, v.v. 8, n.n. 1, p.p. 119-129. jan./abr. 2010.

ERDMANN, A.L. et al. **Idosos com necessidades de cuidado domiciliar.** Revista de enfermagem uerj, rio de janeiro, 2008 jul/set; 16 (3): 319-325. disponível em: www.bvsintegralidade.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=146 acesso em: 20/11/2009.

FERNANDES, J. M. **O papel do cuidador frente ao paciente acamado ea responsabilização da equipe de saúde da família.** Araçuaí/ Minas Gerais, 2010. Monografia (Especialização em Enfermagem).

FILHO, E, T. C; NETTO, M.P **.Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica.** São Paulo: Atheneu, 2000.

FRUMI, C.; CELICH, K. L. S. **Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social.** Rev. Bras. de Ciên. do Envelh. Hum, V. 3 N. 2-JUL.-DEZ./2006. Rev. Bras. de Ciên. do Envelh. Hum, v.3, n.2-JUL. 2005.

GEIB, L. T. C. et al. **Sono e envelhecimento**. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v.25, n.3, p.453-465, 2003.

GILLIAM, Al. G. E. Estudo de LTG em pacientes Doentes. 2006. Disponível em: https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/5519/5/Capitulo_1.pdf. Acesso em: 16 de novembro de 2009.

GLOZMAN, J. M. **Quality of life of caregivers**. Neuropsychology review, v.14, n.4, p.183-196. 2004. Disponível em: <http://www.springerlink.com/content/r568627373531k36/>. Acesso em Junho de 2010.

GONÇALVES, L.G; VIEIRA, S.T ; SIQUEIRA, F.V; HALLA, P.C. **Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, RS**. 2008. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500021&lng=en&nrm=iso. Acesso em 25 de Novembro de 2009.

GRADIM, C. V. C.; SOUSA, A. M. M. **A prática sexual e o envelhecimento**. Cogitare Enfermagem, v.12, n.2. 2007.

INOUYE, K. A. et al. **Nível de instrução, status socioeconômico e avaliação de algumas dimensões da qualidade de vida de octogenários**. Rev. Latino-Am. Enfermagem:, p.742-747.

JARDIM, V.; MEDEIROS, B. F. **Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice**. A view on the aging process: elderly's perception of old age. Rev. Brasileira de geriatria e gerontologia, v.9, n.2, p.25-34. 2006.

KARSCH, U. S. M. **Apoio familiar aos idosos. Papel distribuído no Programa de Verão: Promoção da Saúde no Envelhecimento: contribuição da epidemiologia (PSE) da Faculdade de Saúde Pública da USP**. São Paulo, 2003.

KALACHE, A. O MUNDO ENVELHECE: É IMPERATIVO CRIAR UM PACTO DE SOLIDARIEDADE SOCIAL. Ciênc. saúde coletiva, v.13, n.4. 2008. Disponível em: <http://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt->

[BR&q=KALACHE+%282008%29&btnG=Pesquisar&lr=&as_ylo=&as_vis=1](#). Acesso em 29 de junho de 2010.

KHOURY, H. T. T.; GÜNTHER, I. A. **Ambiente de moradia e controle primário em idosos**. Paidéia, v.18, n.39, p.53-60. 2008.

MACÁRIO, C. et al. **Idosos: Solidão não se resolve só com apoios do Governo**. 2007. Disponível em: http://www.observatoriodoalgarve.com/cna/noticias_ver.asp?noticia=34959. Acesso em 23 de junho de 2009.

MASSOLA, R. M.; VILARTA, R. **Avaliação da Qualidade de Vida dos Participantes do Grupo de Alimentação Saudável da FUNCAMP**.

MEURER, S. T.; BENEDETTI, T. R. B. et al. **Aspectos da autoimagem e autoestima de idosos ativos**. Motriz. Revista de Educação Física. UNESP, v.15, n.4, p.788. 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1133. Acesso em 23 de junho de 2009.

MIRANDA, C. Farias, da A., Hospitalizada, et al. **Inclusão Digital e Social no Contexto Cultural: Projeto Villa Maria pdf**. (2008). Disponível em: <http://www.google.com.br/#q=Mac%C3%A1rio+%282007%29+idosos&hl=pt-BR&ei=aUMrTIf0DMKBlAeh-pnzAw&start=10&sa=N&fp=d7fdbb523551dd99>. Acesso em 23 de junho de 2009.

MORAES, J. F. D; SOUZA, V. B. A. **Fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos da região metropolitana de Porto Alegre**. Rev. Bras. Psiquiatr, p.302-308.

MOREIRA, C. B., R. Abreu, et al. **O cuidado domiciliar de idosos acometidos por acidente vascular cerebral: cuidadores familiares; La atención domiciliar a ancianos afectados por accidente vascular cerebral: cuidadores familiares; Home care of elderly people affected by stroke: family caregivers**. Rev. enferm. UERJ, v.17, n.1, p.41-45. 2009.

MULLER, M. R. e S. S. Guimarães. **Impacto dos Transtornos do Sono sobre o Funcionamento Diário e a qualidade de vida.** *Estud. psicol.(Campinas)*, (2007) p.519-528.

NAHAS, M.V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo.** 4.ed. Londrina: Midiograf, 2003.

NAHAS, M.V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo.** 4.ed. Londrina: Midiograf, 2006.

NETTO, Matheus Papaléo. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada.** São Paulo: atheneu, 2006.

NETTO, Papaléo; M., D. R. Yuaso, et al. **Tratado de Gerontologia; Text book of Gerontology.** 2007.

NERI, A. L. **Qualidade de vida na velhice.** Campinas: Alínea, 2007.

NOGALLES, Oliveira. W. C. **O envelhecimento nas publicações do serviço social: uma análise a partir dos artigos publicados na revista Serviço Social e Sociedade.** 2008.

NOGUEIRA, E. J; LIMA, L. J. C. et al. **Rede de Relações Sociais e Apoio Emocional: Pesquisa com Idosos.** *Iniciação Científica Cesumar*, v.11, n.1, p.65, 2009.

OLIVEIRA, K.L.; SANTOS, A.A.A; CRUVINEL, M; NERI, A.L. **Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos.** *Psicol. estud.* [online]. 2006, vol.11, n.2, pp. 351-359.

OLIVEIRA, P. S.; NÓBREGA, M. M. L. et al. **Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva.** *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.7, n.1. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual WHOQOL-Old. 1995.** Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/WHOQOL-OLD%20Manual%20portugues.pdf>. Acesso em fev. 2010.

PAULO, M. G., A. R. Teixeira, et al. **Avaliação da Qualidade de Vida de Cuidadores de Idosos Portadores de Deficiência Auditiva: Influência do Uso de Próteses Auditivas.** *Arq. Int. Otorrinolaringol*, v.12, n.1, p.28-36. 2008.

PANZINI, R. G., N. S. Rocha, et al. Qualidade de vida e espiritualidade. Rev Psiq Clín, v.34, n.1, p.105-11. 2007. PARAHYBA, M. I; SIMÕES, C. C. S. **A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil**. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.11, n.4, p.967-74, 2006.

PEREIRA, R. J. **Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos**. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul*, p.27-38.

PIMENTA, G. M. F. e M. Costa. Carneiro da; GONCALVES, Lucia Hisako Takase and ALVAREZ, Ângela Maria. Perfil do Familiar Cuidador de Idoso Fragilizado em Convívio Doméstico da Grande Região do Porto, Portugal. Rev. esc. enferm. USP, (2009) p.609-614.

PORTARIA N. 2.528. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, 2006**.

QUEROZ, N. C.; NERI, A. L. **Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia-idade e na velhice**. *Psicol. reflex. crit*, p.292-299.

RAMOS, L. J. **Avaliação do Estado Nutricional, de seis domínios da qualidade de Vida e da Capacidade de tomar Decisão de idosos Institucionalizados e não-institucionalizados no município de Porto Alegre, RS**. 2008.

RAUCHBACH (2001), R.; Borges, S. S. **Tendência a Estados Depressivos em Idosos que não tem o Hábito da Prática da Atividade Física: um estudo piloto no Município de Curitiba**. Revista Lecturas: EF y Deportes, Buenos Aires, v.10, p.70. 2004.

RESENDE, M. C. F; DIAS, E. C. **Cuidadores de idosos: um novo/velho trabalho**. *Revista Physis*, v.18, n.4. 2008

Ribeiro, Dias, Alves. Ribeiro, A., A. Dias, et al. CENTRO UNIVERSITÁRIO DAS FACULDADES ASSOCIADAS DE ENSINO-FAE. (2008). Disponível em: http://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=Ribeiro%2C+Dias%2C+Alves+%282008%29+idoso&btnG=Pesquisar&lr=&as_ylo=&as_vis=0. Acesso em 10 de maio de 2010.

ROSENBERG, E.P. E. Longevidade Humana. (1992). Disponível em: http://scholar.google.com.br/scholar?q=ROSENBERG+%281992%29+idoso&btnG=Pesquisar&hl=pt-BR&as_sdt=2000. Acesso em 5 de junho de 2010.

Reabilitação) – curso de pós-graduação em ciências da reabilitação, da escola de educação física, fisioterapia e terapia ocupacional da universidade federal de minas gerais 2008. belo horizonte, 95 p.23 Disponível em: www.eef.ufmg.br/mreab/documentos_new/dissertpdf/erikagoncalves.pdf acesso em: 12/11/2009.

SÁ, R. M. B., MOTTA L. B., et al. **Insônia: prevalência e fatores de risco relacionados em população de idosos acompanhados em ambulatório.** Rev. Brasileira de geriatria e gerontologia, v.10, n.2, p.217-230. 2007.

SANTOS, E.G.S. **Perfil de fragilidade em idosos comunitários de belo horizonte: um estudo transversal..** Tese (mestrado em ciências da saúde).

SANTOS, S. M. A. **Idosos, família e cultura. Um estudo sobre a construção do papel do cuidador.** Campinas: Alínea, 2003.

SCHNEIDER, R. H.; MARCOLIN, D. et al. **Avaliação funcional de idoso.** Sci. med, v.18, n.1, p.4-9. 2008.

SENI, NANDI, FREITAS. De Ciências, **Caderno de Resumo**, 2008 .Disponível em: http://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=cadernos+de+resumos&btnG=Pesquisar&lr=&as_ylo=&as_vis=0. Acesso em 21 de junho de 2010.

SILVA el al. Tamanho e estrutura familiar de idosos residentes em áreas periféricas de uma metrópole. Cienc. enferm, 2010 p.31-39.

STAMM, M.; MIOTO, R. C. T. **Família e cuidado: uma leitura para além do óbvio.** Revista Ciência, Cuidado e Saúde, v.2, n.2, 2003. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewArticle/5539> Acesso em: 20/11/2009.

SOMMERHALDER,C; Neri, A. L. **Cuidar de idosos no contexto da família: questões Psicológicas e Sociais.** Campinas: Alínea. 2002. Disponível em: <http://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt->

[BR&q=SOMMERHALDER%282002%29+idoso&btnG=Pesquisar&lr=&as_ylo=&as_vis=0](http://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=SOMMERHALDER%282002%29+idoso&btnG=Pesquisar&lr=&as_ylo=&as_vis=0). Acesso em 25 de junho de 2010.

SOUZA, C. R.; LOPES, S. C. F. et al. **A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar.** Rev. UFG, v.6, n.especial. 2004.

SOUZA, L. M.; WEGNER,W. et al. **Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, p.337-343.2007.

TORRES, M. M; SÁ, M. S. **Inclusão social de idosos: um longo caminho a percorrer.** Revista Ciências Humanas, v.1, n.2. 2008.

VASS, L. **A Ética do corpo idoso-reflexões em busca de um corpo autônomo e criativo.** 2007.

VECCHIA, R. D; RUIZ, T. et al. **Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo.** Revista Brasileira de Epidemiologia, (2005) p.246-252.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. **Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade.** Revista Ciência e Saúde Coletiva, v.9, n.2, p.423-32, 2004.

VICTOR, J. F. **Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade.** Revista da escola de enfermagem da USP, p.724-730.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Programme On Mental Health. Whoqol-bref: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the assessment.** Geneva: WHO, 1996. Disponível em: www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf. Acesso em fev. 2010.

APÊNDICE

Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Karen Lury Abe e Roberta Zunino, acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC, sob orientação da Profa. Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos, visam desenvolver a pesquisa intitulada: *“A dinâmica familiar e a qualidade de vida de idosos longevos dependentes e de seu familiar cuidador”*. Esta pesquisa faz parte de um estudo de abrangência maior intitulado: A Dinâmica da família de idosos mais idosos: o convívio e cuidados na quarta idade – DIFAI.

O estudo tem o objetivo de avaliar a dinâmica familiar e aspectos da qualidade de vida do idoso e seu cuidador residentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde de Canasvieiras, no município de Florianópolis.

Os dados serão coletados através da aplicação dos instrumentos: Questionário de Perfil da Família Cuidadora – QPFC, WHOQOL-OLD, WHOQOL-Bref, APGAR de família e Escala de Bem Estar. Este estudo terá início no mês de março de 2010 e término em junho do mesmo ano.

Os procedimentos adotados obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece risco à sua dignidade ou sua saúde, de forma que não haverá riscos para você participar. Você não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo pode entrar em contato pelos telefones (48) 96258449/ (48) 99444760/ (48) 99342589 e/ou pelos e-mails: karenabel@gmail.com, lupoa@hotmial.com, roberta.zunino@hotmail.com. Caso você aceite participar, garantimos que seu nome ficará em sigilo, bem como as informações fornecidas somente serão utilizadas neste estudo. Os resultados desta pesquisa podem ser divulgados no meio acadêmico e em publicações científicas.

Assinaturas:

Pesquisadora Responsável: Dra. Silvia M^a Azevedo dos Santos.

Fone: (48) 37219480

Pesquisadores Principais: Karen Lury Abe e Roberta Zunino

Eu, _____, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Assinatura: _____ RG: _____

Florianópolis, _____ de _____ de 2010.

Nota: Estes termos serão assinados em 2 vias, ficará uma de posse dos pesquisadores e outra do (a) participante da pesquisa.

ANEXOS

ANEXO A: QPFC- QUESTIONÁRIO DE PERFIL DO FAMILIAR CUIDADOR (A SER RESPONDIDO PELO FAMILIAR CUIDADOR)

Cod. do respondente: _____ Data: ___/___/___.

PARTE I – CUIDADOR PRINCIPAL (auto-nominado pela própria família: porque cuida, é responsável e toma decisões pelo idoso cuidado).

Identificação

1. Sexo:

1. masculino
2. feminino

2. Qual é atualmente seu estado conjugal?

1. casado/morando junto – Há quanto tempo, em sua união/ casamento? ___ anos.
2. viúvo(a) – Há quanto tempo, em sua última viuvez? ____ anos.
3. divorciado(a)/separado(a) – Há quanto tempo nesta última separação? ____ anos.
4. solteiro/a

3. Qual é sua idade? ____ anos. Data de nascimento: ____/____/____

4. Tem religião?

1. sim
2. não (passe para a questão 6)

5. Se sim, qual é a sua religião? _____ É praticante?

1. Sim
2. Não

6. Qual é sua escolaridade máxima?

1. nenhuma
2. primária ou até 4ª série
3. ginásio ou 1º grau incompleto (- de 8 anos)
4. ginásio ou 1º grau completo (8 anos)
5. 2º grau incompleto (científico, clássico, normal, técnico de contabilidade e outros)

- 6. 2º grau completo
- 7. superior (faculdade) incompleto
- 8. superior (faculdade) completo
- 9. outra. Especificar: _____

7. Trabalha fora como ocupação remunerada atualmente?

- 1. sim
- 2. não (passe para a questão 12.)
- 3. aposentado/pensionista (passe para a questão 12.)

8. Qual a sua profissão/ocupação? _____

9. Onde trabalha? _____

10. Quantas horas semanais trabalha? _____

11. Qual é o turno de trabalho?

- 1. diurno
- 2. noturno
- 3. outros. Especifique: _____

12. Quantos filhos(as) tem?

- 1. _____ filhos, _____ filhas. Total _____
- 2. nenhum

13. Quantos filhos/netos ou outros dependentes têm além do (da) idoso (a) que você cuida? _____

14. O(a) idoso(a) sendo cuidado(a) mora com o(a) Sr.(a)?

- 1. sim
- 2. não

15. Qual é o seu parentesco com o(a) idoso(a) que o(a) Sr.(a) cuida?

- 1. cônjuge/ companheiro(a)
- 2. filha
- 3. filho
- 4. neta
- 5. neto
- 6. irmã
- 7. irmão
- 8. sobrinha(o)
- 9. outro. Especifique: _____

16. De quem é a casa onde mora o(a) idoso(a) sendo cuidado(a)?

- 1. do próprio cuidador
- 2. do idoso sendo cuidado
- 3. de outros familiares

4. alugada
5. usufruto do idoso
6. outros. Especifique: _____

ESTADO DE SAÚDE DO FAMILIAR CUIDADOR

17. Em geral o(a) Sr.(a), como cuidador(a), diria que a sua saúde está:

1. ótima
2. boa
3. regular
4. ruim
5. péssima

18. Em comparação com os 5 últimos anos o(a) Sr.(a) diria que a sua saúde hoje está:

1. melhor
2. mesma coisa
3. pior

19. Em comparação com as outras pessoas de sua idade o(a) Sr.(a) diria que a sua saúde está:

1. melhor
2. igual
3. pior

20. Atualmente o(a) Sr.(a) está com algum problema de saúde? Quais e há quanto tempo?

_____ há ____ anos e ____ meses
_____ há ____ anos e ____ meses _____ há
____ anos e ____ meses
_____ há ____ anos e ____ meses

21. Faz tratamento dos seus problemas de saúde?

1. não. Por quê? _____
2. sim

22. Onde costuma fazer os tratamentos de seus problemas de saúde?

1. centro ou posto de saúde/hospital público (SUS)
2. plano de saúde especifique _____
3. serviços particulares, tais como: _____
4. outros. Especifique _____

PARTE II – SOBRE O(A) IDOSO(A) SENDO CUIDADO(A)

Identificação do(a) idoso(a)

24. Sexo:

1. masculino
2. feminino

25. Qual é a idade do(a) idoso(a)? _____ anos. Data de nascimento: ____/____/____

26. O(a) idoso(a) tem religião?

1. sim
2. não (passe para a questão 28)
3. não sei (passe para a questão 28)

27. Qual é a religião dele(a)? _____ É ou era praticante?

1. sim
2. não
3. não sei

28. Qual é a escolaridade máxima do(a) idoso(a)?

1. nenhuma
2. primária ou até 4ª série
3. ginásio ou 1º grau incompleto (- de 8 anos)
4. ginásio ou 1º grau completo (8 anos)
5. 2º grau incompleto (científico, clássico, normal, técnico de contabilidade, outros)
6. 2º grau completo (idem)
7. superior (faculdade) incompleto
8. superior (faculdade) completo
9. outra. Especificar: _____

29. Estado conjugal atual do(a) idoso(a):

1. solteiro (a) (passe à questão 31)
2. 1º casamento ou morando junto. Há quanto tempo? _____
3. divorciado/separado. Há quanto tempo? _____ (passe à questão 31)
4. viúvo(a). Há quanto tempo? _____ (passe à questão 31)
5. 2º casamento ou morando junto. Há quanto tempo? _____
6. outro. Especifique: _____

30. Em caso de o(a) idoso(a) estar vivendo com o(a) cônjuge ou companheiro(a), qual é a sua idade do conjugue/companheiro? _____ anos.

31. Quantos filhos(as) adultos(as) o(a) idoso(a) tem e idades respectivas

1. _____ filhas. Idades: _____, _____, _____, _____, _____.

2. _____ filhos. Idades: _____, _____, _____, _____, _____.

3. nenhum.

Condição de Saúde / Doença do(a) idoso(a)

32. Quais são os diagnósticos médicos confirmados do(a) idoso(a)?

1. hipertensão arterial

2. cardiopatia

3. seqüela de AVC

4. câncer de _____

5. diabetes mellitus

6. osteoporose

7. doença de Parkinson

8. outros. Especificar: _____

33. O(a) idoso(a) tem outros problemas ou queixas de saúde? Especifique:

34. Quais são as medicações que o(a) idoso(a) usa atualmente? Especifique cada uma assinalando, se com ou sem receita médica.

MEDICAMENTOS/ REMÉDIOS	Receita Médica	
	Sim	Não

Anexo B: WHOQOL – Bref : Questionário de Qualidade de Vida da OMS .

(para aplicação em familiar cuidador e no idoso).

Nº do respondente: _____ Cód.: _____

Aplicador(a): _____ Data: ____/____/____

INSTRUÇÕES PARA APLICAÇÃO ASSISTIDA

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

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas ultimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nesta últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

	nada	Muito pouco	médio	muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parecer a melhor resposta.

		Muito ruim	ruim	Nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

		nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem Sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida Diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

		nada	Muito pouco	médio	muito	Completamente

10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas Necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

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

		muito ruim	ruim	Nem ruim	bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16	Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5

22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

27-O que é para o(a) Sr(a) ter qualidade de vida ou não ter qualidade de vida? E como é sua qualidade de vida?

Nota: para maior informação e orientações acerca do instrumento WHOQOL, consultar o site: www.ufrgs.br/psiq/whoqol84.html.

Anexo C: Whoqol-old

(para aplicação em idoso sem interferência do familiar)

Nº do respondente: _____ Cód.: _____

Aplicador(a): _____ Data: ____/____/____



WHOQOL-OLD

Instruções

ESTE INSTRUMENTO NAO DEVE SER APLICADO INDIVIDUALMENTE, MAS SIM EM CONJUNTO COM O INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser :

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extreman
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro "Bastante", ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado "Nada" com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

Muito obrigado(a) pela sua colaboração!

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

old_01 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_02 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_03 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_05 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_06 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_07 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_08 O quanto você tem medo de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

old_10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

old_15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_19 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito feliz
1	2	3	4	5

old_20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

old_21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

VOCÊ TEM ALGUM COMENTÁRIO SOBRE O QUESTIONÁRIO?

OBRIGADO(A) PELA SUA COLABORAÇÃO!

Anexo D: Apgar de Família

APGAR de FAMÍLIA de Smilkstein - Tradução ao português e validação por Duarte, 2001. (a ser respondido pelo(a) idoso(a) em cuidados, sem interferência da família)

Respondente: _____

Aplicador: _____ Data de Aplicação: ____ / ____ / ____

“Família” é (são) o(s) indivíduo(s) com o(s) qual(is) você habitualmente vive.

Caso você more sozinho (a), considere família como aquelas pessoas com as quais você tem atualmente os laços emocionais mais fortes.

As seguintes perguntas foram elaboradas para nos ajudar a compreender você e sua família. Sinta-se a vontade para fazer perguntas sobre qualquer questionário.

Os espaços para comentários devem ser usados quando você desejar fornecer informações adicionais ou discutir a maneira pela qual a pergunta se aplica à família.

Por favor, tente responder a todas as perguntas.

Para cada pergunta, assinale apenas um quadradinho.

Questões	Sempre	Quase Sempre	Algumas Vezes	Raramente	Nunca
1-Estou satisfeito (a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa esta me incomodando ou me preocupando.					
Comentários					
2-Estou satisfeito (a) pela maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos problemas.					
3-Estou satisfeito (a) com a maneira que minha família aceita e apóia meus desejos de <u>iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos e direções.</u>					
Comentários					
4-Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.					
Comentários:					
5-Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo.					
Comentários:					

QUEM VIVE EM SUA CASA*?				Por favor assinale a coluna (abaixo) que melhor descreve COMO ATUALMENTE VOCÊ SE DÁ COM CADA MEMBRO DE SUA FAMÍLIA constante da lista		
RELAIONAMENTO PARENTESCO	IDADE	SEXO		BEM	MAIS OU MENOS	MAL
		MASCULINO	FEMININO			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Caso você tenha constituído sua própria família, considere CASA como o lugar onde você vive com seu cônjuge, filho(s) ou outra pessoa significativa; caso contrário, considere CASA como seu lugar de origem, por exemplo, o lugar onde seus pais ou aqueles que o criaram vivem.

** "PESSOA SIGNIFICATIVA" é o(a) parceiro(a) com quem você vive em um relacionamento protetor do ponto de vista físico e emocional, mas com o(a) qual você não está casado(a).

SE VOCÊ MORA SOZINHO(A), POR FAVOR RELACIONE ABAIXO AS PESSOAS A QUEM VOCÊ PROCURA, MAIS FREQUENTEMENTE, QUANDO PRECISA DE AJUDA				Por favor assinale a coluna (abaixo) que melhor descreve COMO ATUALMENTE VOCÊ SE DÁ COM CADA PESSOA constante da lista		
RELAIONAMENTO PARENTESCO	IDADE	SEXO		BEM	MAIS OU MENOS	MAL
		MASCULINO	FEMININO			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(*) "Family APGAR" de Smilketein 1978, versão em língua portuguesa traduzida/adaptada e validade por Duarte, 2001.

Anexo E: Estilo de Vida

Sujeito: (código) _____

Data de aplicação assistida: _____

Aplicador (a): _____

Local: _____

ESTILO DE VIDA INDIVIDUAL

O *ESTILO DE VIDA* corresponde ao conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, valores e oportunidades das pessoas. Estas ações têm grande influência na saúde geral e qualidade de vida de todos os indivíduos.

Os itens abaixo representam características do estilo de vida relacionadas ao bem-estar individual. Manifeste-se sobre cada afirmação considerando a escala:

- [0] absolutamente não faz parte do seu estilo de vida
- [1] às vezes corresponde ao seu comportamento
- [2] quase sempre verdadeiro no seu comportamento
- [3] a afirmação é sempre verdadeira no seu dia-a-dia; faz parte do seu estilo de vida.

Componente: Nutrição

- a. Sua alimentação diária inclui pelo menos 5 porções de frutas e hortaliças. []
- b. Você evita ingerir alimentos gordurosos (carnes gordas, frituras) e doces. []
- c. Você faz 4 a 5 refeições variadas ao dia, incluindo um bom café da manhã. []

Componente: Atividade Física

- d. Você realiza ao menos 30 minutos de atividades físicas moderadas / intensas, de forma contínua ou acumulada, 5 ou mais dias na semana. []
- e. Ao menos duas vezes por semana você realiza exercícios que envolvam força e alongamento muscular. []
- f. No seu dia-a-dia, você caminha ou pedala como meio de transporte e, preferencialmente, usa as escadas ao invés do elevador. []

Componente: Comportamento Preventivo

- g. Você conhece sua PRESSÃO ARTERIAL, seus níveis de COLESTEROL e procura controlá-los. []
- h. Você NÃO FUMA e NÃO INGERE ÁLCOOL (OU INGERE COM MODERAÇÃO) []
- i. Você respeita as normas de trânsito (como pedestre, ciclista ou motorista); se dirige usa sempre o cinto de segurança e nunca ingere álcool. []

Componente: Relacionamentos

- j. Você procura cultivar amigos e está satisfeito com seus relacionamentos. []
- k. Seu lazer inclui encontros com amigos, atividades esportivas em grupo, participação em associações ou entidades sociais. []
- l. Você procura ser ativo em sua comunidade, sentindo-se útil no seu ambiente social. []

Componente: Controle do Stress

- m. Você reserva tempo (ao menos 5 minutos) todos os dias para relaxar. []
- n. Você mantém uma discussão sem alterar-se, mesmo quando contrariado. []
- o. Você equilibra o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer. []

Avaliação

Escore mínimo = zero; Escore máximo = 45

Ítems	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	Total
Escore																

Este instrumento pode ser reproduzido e utilizado para fins educacionais, ou de pesquisa, desde que citada a fonte: Nahas, MV, Barros, MVG e Francelacci, V.L. (2000). O pentáculo do bem-estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, 5(2), 48-59.

Anexo F: Parecer de Ética do Projeto DIFAI



Campus Prof. João David Ferreira Lima –CEP 88040-900
Trindade - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil | www.cep.ufsc.br / +55 (48) 3721-9206

PARECER CONSUBSTANCIADO – Projeto Nº 051/08

I – Identificação:

- **Título do Projeto:** A DINÂMICA DA FAMÍLIA DE IDOSOS MAIS IDOSOS: O CONVÍVIO E CUIDADOS NA QUARTA IDADE.
- **Pesquisador Responsável:** Lúcia Hisako Takase Gonçalves
- **Pesquisadores Principais:** Juliana Balbinoti
Maria Manoela Martins
Maria Arminda Mendes Costa
Luzia Wilma Santana da Silva
Sandra Helena Isse Polaro
- **Data Coleta dados:** 10-2008 a 03-2009
- **Local onde a pesquisa será conduzida:** Comunidade

II - Objetivos:

Objetivo Geral: Conhecer a dinâmica do funcionamento familiar no contexto das relações de cuidado diuturno entre família cuidadora com membro idoso mais idoso (80 anos de idade ou mais) dependente, em diferentes contextos sócio-culturais.

Objetivos Específicos:

- Identificar as características sócio-demográficas do idoso mais idoso dependente dos cuidados de outrem em contexto familiar e doméstico;
- Conhecer, da perspectiva daquele idoso cuidado, como é sua qualidade de vida e saúde, e como percebe a dinâmica de funcionamento de sua família;
- Identificar as características sócio-demográficas e circunstâncias do cuidado em familiares cuidadores de idosos dependentes sob sua responsabilidade;
- Conhecer, da perspectiva dos familiares cuidadores daqueles idosos, como é sua qualidade de vida e situação de saúde.

III - Sumário do Projeto

Pesquisa do programa de pós-graduação em enfermagem exploratória-descritiva, de natureza diagnóstica-avaliativa e será desenvolvida em diversos contextos sócio-culturais como Florianópolis (sede), Jequié – BA, Belém – PA e a cidade do Porto – Portugal. Serão realizadas diversas etapas de testes com questionários estruturados e de metodologia comprovada, que pretendem avaliar em primeiro momento a qualidade de vida do idoso e depois a adaptação intrafamiliar, a convivência e comunicação, o crescimento e desenvolvimento, o afeto e, por último, a dedicação da família.

Espera-se, com os resultados da pesquisa, provocar discussões avançadas e desenvolvimento de pesquisas de aprofundamento relativas a adequação e eficácia de tecnologias assistivas/cuidativas coerentes com as necessidades do dito extrato populacional

IV - Comentário

A pesquisa apresenta tema atual e relevante, o projeto está bem redigido e fundamentado, os pesquisadores envolvidos estão capacitados ao seu desenvolvimento, os locais da amostra são relevantes para o resultado esperado e o protocolo contém todos os documentos necessários para a análise.

O TCLE está adequado parcialmente, pois apenas indica telefones de contato do CEP e não os das pesquisadoras, não sendo responsabilidade deste conselho acompanhar a pesquisa mas é aplicado no momento correto da pesquisa.

A confidencialidade das informações está garantida e a estrutura contempla todas as necessidades para a aprovação de um projeto nesse conselho.

IV - Comentário-a

O TCLE foi corrigido e segue as instruções desse conselho alterando o parecer inicial de pendência para APROVADO


V – Parecer CEPESH:

com pendência – rever TCLE

VI – Parecer Final:

APROVADO

Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado por unanimidade ou maioria, em reunião deste Comitê na data 28 de julho de 2008



Washington Portela
Coordenadora do CEPESH

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.