



UNICAMP

LUIZETE DE SOUSA ALEXANDRE PEREIRA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO E DO
CUIDADOR E SUA RELAÇÃO COM O GRAU DE SOBRECARGA DO
CUIDADOR E GRAU DE DEPENDÊNCIA DO IDOSO NO
MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO/SP.**

Piracicaba
2014



**Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Odontologia de Piracicaba**

LUIZETE DE SOUSA ALEXANDRE PEREIRA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO E DO
CUIDADOR E SUA RELAÇÃO COM O GRAU DE SOBRECARGA DO
CUIDADOR E GRAU DE DEPENDÊNCIA DO IDOSO NO
MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO/SP.**

Dissertação de Mestrado Profissionalizante
apresentada à Faculdade de Odontologia de
Piracicaba da Universidade Estadual de
Campinas como parte dos requisitos
exigidos para obtenção do título de Mestra
em Odontologia em Saúde Coletiva

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Rosana de Fátima Possobon

Este exemplar corresponde à versão da
dissertação para defesa apresentada por
Luizete de Sousa Alexandre Pereira e
orientada pela Prof.^a Dr.^a. Rosana de Fátima
Possobon

Assinatura da Orientadora

Piracicaba
2014

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

P414a Pereira, Luizete de Sousa Alexandre, 1959-
Associação entre a qualidade de vida do idoso e do cuidador e sua relação com o grau de sobrecarga do cuidador e grau de dependência do idoso no município de Santa Cruz do Rio Pardo/São Paulo / Luizete de Sousa Alexandre Pereira. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2014.

Orientador: Rosana de Fátima Possobon.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Envelhecimento. 2. Idosos. I. Possobon, Rosana de Fátima, 1968-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Association between the quality of life of elderly and caregivers and its relation to overload the degree of caregiver and degree of dependence of the elderly in the city of Santa Cruz do Rio Pardo/SP

Palavras-chave em inglês:

Aging

Older people

Área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva

Titulação: Mestra em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Rosana de Fátima Possobon [Orientador]

Luciane Zanin de Souza

Karine Laura Cortellazzi Mendes

Data de defesa: 23-07-2014

Programa de Pós-Graduação: Odontologia em Saúde Coletiva



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 23 de Julho de 2014, considerou o candidato LUIZETE DE SOUSA ALEXANDRE PEREIRA aprovado.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Rosana de Fátima Possobon".

Profa. Dra. ROSANA DE FÁTIMA POSSOBON

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Luciane Zanin de Souza".

Profa. Dra. LUCIANE ZANIN DE SOUZA

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Karine Laura Cortellozzi Mendes".

Profa. Dra. KARINE LAURA CORTELLAZZI MENDES

RESUMO

A expectativa de vida aumentou no mundo e no Brasil e a mudança na pirâmide etária, decorrente desse processo, implica a necessidade de se repensar as políticas sociais, especialmente as da área de saúde. Este estudo teve como objetivo avaliar a associação entre a qualidade de vida do idoso e do cuidador e sua relação com o grau de sobrecarga do cuidador e grau de dependência do idoso no município de Santa Cruz do Rio Pardo/SP. Trata-se de um estudo transversal analítico, realizado com 203 idosos e 164 cuidadores, cadastrados nas unidades de saúde do município de Santa Cruz do Rio Pardo, interior do estado de São Paulo. Foram utilizados os instrumentos de avaliação: Escala MIF para avaliação do grau de dependência do idoso; Escala Zarit para avaliação do grau de sobrecarga do cuidador; Questionário Socioeconômico e Questionário WHOQOL-bref para avaliação da qualidade de vida do idoso e do cuidador; avaliação das condições da saúde bucal dos idosos; questionário de dados relacionados aos medicamentos consumidos, com ou sem prescrição médica, para mensurar a prevalência da automedicação dos idosos. Entre os 203 idosos entrevistados, a maioria era do sexo feminino (68%), na faixa etária entre 60 a 100 anos, de baixa renda, não alfabetizados e arranjo domiciliar com até 3 pessoas na família. Constatou-se a presença de 453 agravos de saúde, ou seja, tipos diferentes de doenças, sendo que 72,4% dos idosos apresentavam mais do que uma patologia. A maior prevalência estava relacionada ao aparelho circulatório (37,5%), sendo que os agravos que mais acometem esse grupo eram a hipertensão arterial essencial (19,2%), seguida de acidente vascular cerebral. Os idosos faziam uso, em média, de 5,5 medicamentos por dia, havendo uma minoria que se automedicava. A média do índice CPO-D foi de 29,3, sendo que 68,4% eram entulhos, 32% usavam prótese total e apenas 5,91% apresentaram alterações em tecido mole, porém sem suspeita de malignidade. Em relação ao grau de dependência, mensurado pela Escala MIF, os resultados mostraram que mais da metade da amostra (53,7%) apresentava dependência moderada ou severa, ou seja, necessitavam de assistência de outra pessoa ou recurso de adaptação para desenvolver suas tarefas básicas diárias. No geral, os idosos apresentaram boa qualidade de vida. Houve associação significativa ($p=0,000$) entre o grau de dependência do idoso e a sua qualidade de vida.

Com relação aos 164 cuidadores entrevistados, observou-se a predominância de mulheres (81,1 %), com idade entre 18 e 89 anos, sendo a maioria de baixa renda, baixa escolaridade e vivendo em arranjos domiciliares com até 3 pessoas na família. A maioria (81,4%) dos cuidadores era informal, sem curso específico para cuidar de idosos, 85,7% dos cuidadores apresentavam grau de parentesco com os idosos e à responsabilidade de cuidar concentraram-se nos familiares mais próximos, tais como filhos e cônjuges. Mais da metade dos cuidadores (57,4%) relatou ter problemas de saúde, constatando-se 134 agravos. Em relação à sobrecarga de trabalho, mensurada pela Escala Zarit, a maioria dos cuidadores apresentava-se com baixo nível, sendo que não houve associação significativa entre o grau de sobrecarga do cuidador e o grau de dependência do idoso. No geral, os cuidadores apresentaram boa qualidade de vida, havendo associação significativa ($p=0,000$) entre qualidade de vida e sobrecarga do cuidador. Porém, não houve associação significativa entre o grau de dependência do idoso e a qualidade de vida do cuidador e também entre o grau de dependência do idoso e a sobrecarga do cuidador. Pode-se concluir que a sobrecarga do cuidador influencia sua qualidade de vida. Entretanto, o grau de dependência do idoso não exerce influência sobre a qualidade de vida do cuidador, o que pode indicar que a sobrecarga do cuidador pode estar relacionada com a responsabilidade do ato de cuidar de uma pessoa de idade, sem importar o seu grau de dependência.

Palavras-chaves: Envelhecimento. Idoso e sobrecarga do cuidador.

ABSTRACT

Life expectancy has increased worldwide and in Brazil and the change in the age structure, resulting from this process implies the need to rethink social policies, especially health care. This study aimed to evaluate the association between quality of life of the elderly and the caregiver and their relation to the degree of caregiver burden and degree of dependency of the elderly in the municipality of Santa Cruz do Rio Pardo / SP. This is an analytical cross-sectional study with 203 elderly and 164 caregivers, registered in health facilities in the municipality of Santa Cruz do Rio Pardo, in the state of São Paulo. Assessment instruments were used: MIF Scale for assessment of the degree of dependency of the elderly; Zarit scale for assessing the degree of caregiver burden; Socioeconomic questionnaire and the WHOQOL-Bref questionnaire for assessing quality of life of the elderly and the caregiver; assessment of the conditions of the oral health of the elderly; questionnaire related to the medications used, with or without medical prescription, to measure the prevalence of self-medication of older data. Among the 203 subjects interviewed, the majority were female (68%), aged between 60 to 100 years, low-income, illiterate and living arrangement with up to 3 people in the family. It was found the presence of health problems 453, or different kinds of diseases, and 72.4% of subjects had more than one pathology. The highest prevalence was related to the circulatory system (37.5%), and the hardships that most affect this group were essential hypertension (19.2%), followed by stroke. The elderly were using, on average, 5.5 medications per day, there is a minority who self-medicated. The average CPO-D index was 29.3, and 68.4% were rubble, 32% wore dentures and only 5.91% had alterations in soft tissue, but without suspicion of malignancy. Regarding the degree of dependence, measured by the MIF scale, the results showed that more than half of the sample (53.7%) had moderate or severe dependence, ie, needed assistance from another person or resource adaptation for development tasks basic daily. Overall, the elderly showed good quality of life. There was a significant association ($p = 0.000$) between the degree of dependency of the elderly and their quality of life. Regarding the 164 caregivers interviewed, there was a predominance of women (81.1%), aged between 18 and 89 years, mostly low-income, low education and living in household arrangements with up to 3 people in the family. The majority (81,4%) of caregivers were

informal, without a specific course to take care of elderly, 85.7% of caregivers had kinship with the elderly and the responsibility of caring focused on close relatives, such as children and spouses. More than half of caregivers (57.4%) reported having health problems, noting were 134 injuries. Regarding workload, measured by the Zarit Scale, most caregivers presented with low level, and there was no significant association between the degree of caregiver burden and the degree of dependence of the elderly. Overall, caregivers showed good quality of life, no significant association ($p = 0.000$) between quality of life and caregiver burden. However, there was no significant association between the degree of dependency of the elderly and the quality of life of the caregiver and also between the degree of dependency of the elderly and caregiver burden. It can be concluded that caregiver burden affects their quality of life. However, the degree of dependency of the elderly does not exert influence on the quality of life of the caregiver, which may indicate that caregiver burden may be related to the responsibility of the act of caring for an elderly person, regardless of their degree of dependence.

Key-words: Aging. Elderly and caregiver burden.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	xiii
AGRADECIMENTOS	xv
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	xix
LISTA DE QUADROS	xxi
LISTA DE TABELAS	xxiii
1 INTRODUÇÃO	1
2 REVISÃO DA LITERATURA	9
2.1 Idoso.....	9
2.1.1 Envelhecimento.....	9
2.2 O CUIDADOR.....	16
4 MATERIAL E MÉTODO	21
4.1 Primeira etapa	25
5 RESULTADOS	35
5.1 Idoso.....	35
5.2 Cuidador	43
6 DISCUSSÃO	53
6.1. Idoso.....	53
6.2 Cuidador	59
7 CONCLUSÃO.....	63
REFERÊNCIAS.....	65
APÊNDICE - PICTOGRAMAS	75
ANEXOS	77
ANEXO 1 – TCLE.....	77
ANEXO 2 – TCLE - VOLUNTÁRIO	80
ANEXO 3 – SITUAÇÃO ECONÔMICA DO IDOSO	83

ANEXO 4 – SITUAÇÃO ECONÔMICA DO CUIDADOR	84
ANEXO 5 – QUESTIONÁRIO SOBRE USO DE FÁRMACOS	85
ANEXO 6 – FICHA DE EXAME BUCAL.....	86
ANEXO 7 – ESCALA DE ZARIT.....	87
ANEXO 8 – WHOQOL-BREF	88
ANEXO 9 – ESCALA MIF	89
ANEXO 10 – Tabela 4	90
ANEXO 11 – Tabela 6	93
ANEXO 12– Tabela 13	96

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Adelino de Sousa e Irani Vieira de Sousa, pela importância que sempre atribuíram aos estudos, minha imensa gratidão.

A meu marido Ricardo Alexandre Pereira, pelo seu amor, dedicação, compreensão e por ser o maior incentivador nesta minha caminhada.

A meus filhos Henrique Alexandre Pereira, Afonso Alexandre Pereira e Maria Eduarda Alexandre Pereira a razão do meu viver.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP) e a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), especialmente a reitoria, diretoria e servidores, que contribuíram para a minha formação no curso de pós-graduação.

Agradeço ao Coordenador do Mestrado Profissionalizante em Odontologia em Saúde Coletiva Prof. Dr. Antônio Carlos Pereira, pela sua dedicação em conduzir e vivenciar seu conhecimento no curso, proporcionando, aperfeiçoamento técnico e científico aos gestores do Sistema Único de Saúde.

Agradeço especialmente a minha Orientadora Prof.^a Dr.^a Rosana de Fátima Possobon, por ser essa pessoa sensível, dedicada, pelo seu profissionalismo, ensinamentos, apoio incondicional na realização deste trabalho e pela confiança, respeito, compreensão e principalmente pela fraterna amizade. E em seu nome agradeço a todos os professores deste curso.

Agradeço a Prefeitura de Santa Cruz do Rio Pardo, na pessoa da Prefeita Maura Romualdo Macieirinha, pelo apoio na realização deste curso.

À equipe da Secretaria Municipal de Saúde Santa Cruz do Rio Pardo, em especial aos profissionais Aline Aquino Gonçalves, Carina Sara de Lima Moreira, Gláucia Aline Guimarães Buzolin, Luciana Gonçalves Catalano Yoneda, Luiz Roberto de Oliveira Junior e Marcelo Eduardo de Souza pelo compromisso e auxílio nos momentos de realização desta pesquisa.

À Tátilla Lima de Oliveira pelo apoio no “tratamento” estatístico dos dados desta pesquisa e ao Ismael Marins pela contribuição na organização dos dados.

Aos meus amigos de mestrado, pela troca de experiência, conhecimento e pelo convívio harmonioso e inesquecível.

Aos idosos, cuidadores e familiares que dispensaram seu tempo para contribuir como sujeito deste estudo, sem os quais não seria possível.

“Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas. Muitas vezes basta ser: colo que acolhe braço que envolve palavra que conforta silêncio que respeita alegria que contagia lágrima que corre olhar que acaricia desejo que sacia amor que promove. E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura enquanto durar. Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.”

Cora Coralina

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Mapa representativo da Divisão da micro regiões de Santa Cruz do Rio Pardo/SP	22
Figura 2: Diagrama da Etapa da Pesquisa.....	23
Figura 3: Instrumentos utilizados na Pesquisa.....	32

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Classificação do nível de sobrecarga pela Escala de Zarit.	26
Quadro 2: Nível de funcionalidade para cada item da escala MIF	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características do universo de estudo de idosos de Santa Cruz do Rio Pardo - SP, 2012.	34
Tabela 2. Classificação socioeconômica do universo de estudo de idosos de Santa Cruz do Rio Pardo - SP, 2012.	35
Tabela 3. Quantidade de medicamentos utilizados nos últimos 30 dias, do universo de estudo de idosos, segundo gênero de Santa Cruz do Rio Pardo – SP, 2012.	36
Tabela 4. Distribuição de medicamentos prescritos e não prescritos do universo de estudo de idosos, segundo gênero e classificação ATC de Santa Cruz do Rio Pardo - SP, 2012.	37
Tabela 5. Distribuição da frequência do uso e necessidade de prótese para os arcos superior e inferior do universo de estudo de idosos de Santa Cruz do Rio Pardo - SP, 2012.	38
Tabela 6. Número de agravos diagnosticados no idoso, segundo a classificação CID – 10 de Santa Cruz do Rio Pardo – SP, 2012.	39
Tabela 7. Classificação do grau de dependência do universo de estudo de idosos, segundo escores da medida de independência funcional-MIF de Santa Cruz do Rio Pardo – SP, 2012.	39
Tabela 8. Estatística descritiva do universo de estudo de idosos, segundo as dimensões e categorias da Medida de Independência Funcional – MIF, Santa Cruz do Rio Pardo – SP, 2012.	40
Tabela 9. Valores de mediana, média, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo dos domínios do WHOLQOL- bref, do universo de estudo de idosos de Santa Cruz do Rio Pardo – SP, 2012.	41
Tabela 10. Distribuição e análise da influencia do grau de dependência sobre a qualidade de vida do universo de estudo de idosos de Santa Cruz do Rio Pardo, 2012.	41
Tabela 11. Características do universo de estudo de cuidadores de idosos de Santa Cruz do Rio Pardo - SP, 2012.	43

Tabela 12. Característica socioeconômica do universo de estudo de cuidadores de idosos de Santa Cruz do Rio Pardo - SP, 2012.	44
Tabela 13 Número de agravos diagnosticados no cuidadores de idosos, segundo a classificação CID – 10 de Santa Cruz do Rio Pardo – SP, 2012.	45
Tabela 14. Classificação de sobrecarga de cuidadores de idosos, segundo escala Zarit de Santa Cruz do Rio Pardo – SP, 2012.	46
Tabela 15. . Estatística descritiva do universo de estudo de cuidadores de idosos, segundo escala Zarit de Santa Cruz do Rio Pardo – SP, 2012.	47
Tabela 16. Valores de mediana, média, desvio padrão, valores mínimo e máximo da QV e dos domínios do WHOQOL – bref em cuidadores de idosos de Santa Cruz do Rio Pardo, 2012.	48
Tabela 17. Distribuição e análise da influencia do grau de dependência do idoso e grau de sobrecarga do cuidador sobre a qualidade de vida do cuidador de Santa Cruz do Rio Pardo- SP, 2012.	48
Tabela 18. Distribuição e análise da influencia do grau de dependência do idoso sobre a sobrecarga do cuidador de Santa Cruz do Rio Pardo- SP, 2012.	49

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, observa-se um processo de envelhecimento populacional em todos os continentes. O envelhecimento populacional é um fenômeno natural, irreversível, mundial e traz mudança na estrutura etária da população, especialmente a redução expressiva da taxa de fecundidade, associada à redução da taxa de mortalidade infantil e ao aumento da expectativa de vida (Brasil, 2006; Moraes, 2012).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2003) define envelhecimento como *“um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”*.

Em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, é considerado idoso o indivíduo que tem 60 anos de idade ou mais. Já nos países desenvolvidos, a idade se estende para 65 anos (WHO, 2002).

Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223 %, ou seja, haverá em torno de 694 milhões de pessoas mais velhas. Em 2025, existirá, aproximadamente, 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Até 2050 haverá dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento (WHO, 2005).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), existem no Brasil, aproximadamente, 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa pelo menos 10% da população brasileira. Até 2025, segundo a OMS, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. Entre 1980 e 2000, a população com 60 anos ou mais cresceu 7,3 milhões, totalizando mais de 4,5 milhões em 2000. O aumento da expectativa média de vida também aumentou acentuadamente no país.

A população idosa brasileira tem crescido de forma rápida e em termos proporcionais. Dentro desse grupo, os denominados “mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada” (idade igual ou acima de 80 anos), também vêm aumentando proporcionalmente e de maneira mais acelerada, constituindo o segmento

populacional que mais cresce nos últimos tempos, sendo hoje mais de 12% da população idosa e 1,1% da população total (Brasil, 2006).

No Brasil, com a instituição do Estatuto do Idoso através da Lei nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003, cria-se um instrumento legal que vem servindo como referência básica para o movimento social na área. O Estatuto serve como guia basilar para que as políticas públicas sejam cada vez mais adequadas ao processo de ressignificação da velhice.

O aumento da população idosa demanda mudanças nos diversos seguimentos da sociedade, tais como saúde, educação, política, economia e outros. No âmbito da saúde, sabe-se que a atual longevidade dos brasileiros, associada à frequência das doenças crônicas, é a principal causa do crescimento das taxas de idosos portadores de incapacidades (Karsch, 2003).

Dentre as modificações que podem levar o idoso à dependência, destacam-se a evolução das alterações neurais no campo cognitivo, que comprometem o desempenho de atividades até então consideradas simples, e as mudanças relacionadas ao adoecimento, as quais, por suas características de cronicidade, suscitam situações que necessitam da presença de outrem por longos períodos de tempo (Silva *et al.*, 2011).

Diante deste cenário, a perda da independência e até da autonomia de um idoso pressupõe que alguém deve assumir a função do cuidador. Nessa perspectiva, surge o papel do *cuidador*, forjado subjetivamente na medida em que aparecem as dificuldades cotidianas de uma nova realidade, exigindo a tomada de decisões e a incorporação de atividades que passam a ser de sua inteira responsabilidade (Luzardo *et al.*, 2006).

Atualmente, há duas categorias de cuidador, o formal e o informal. O cuidador formal é um profissional que recebeu treinamento (específico ou não) para a função e exerce a atividade de “cuidador” mediante remuneração, mantendo vínculos contratuais. Ele pode ser contratado para exercer suas funções na residência de uma família, em instituições de longa permanência para idosos ou acompanhar a pessoa idosa em sua permanência em Unidades de Saúde (hospitais, clínicas, etc.). Por outro lado, o cuidador informal é, geralmente, um membro familiar ou voluntário, sem remuneração, eleito por ter melhor relacionamento ou intimidade com a pessoa idosa e por apresentar maior disponibilidade de tempo. Geralmente, é uma pessoa que não tem

conhecimentos específicos para lidar com idosos e o fato de ter uma história comum com a pessoa cuidada pode tornar ainda mais difícil e estressante realizar os cuidados. Isso pode levar ao desgaste e à incerteza sobre o modo de agir com o doente. Essa situação poderia ser minimizada com o conhecimento sobre as técnicas que permitem cuidar melhor da pessoa idosa com menor desgaste físico e emocional do cuidador (Tomiko, 2008).

Segundo Kawasaki e Diogo (2001), cuidador principal é aquele que tem a responsabilidade permanente da pessoa sob seu cuidado. Além de treinamento específico para lidar com a situação de cuidar de outrem, os cuidadores precisam de suporte social para ajudá-los a manter a própria saúde e poder cuidar de si mesmos. Não dispondo de tal suporte, os cuidadores ficam expostos a riscos de adoecer, não pelo cuidado em si, mas pela sobrecarga a que são impostos (Gonçalves *et al.*, 2006). O cuidador geralmente se sobrecarrega, na medida em que ocorre o aumento das necessidades de cuidados. Dentre as funções do cuidador, está à realização de tarefas que o doente não tem mais possibilidade de executar, tarefas que vão desde a higiene pessoal até a administração financeira da família. Assim, o cuidador informal pode apresentar alto nível de ansiedade, tanto pelo sentimento de sobrecarga quanto por constatar que a sua estrutura familiar está sendo afetada pela modificação dos papéis sociais (Luzardo *et al.*, 2006).

Nesse contexto de sobrecarga física e emocional, para os cuidadores de idosos que vivem em contextos de pobreza essa situação tende a se agravar. A vulnerabilidade social determina carências de recursos individuais, familiares e sociais para atender às necessidades dos idosos. Quanto maior essa vulnerabilidade, maiores serão os prejuízos à qualidade de vida e ao bem estar dos idosos (Santos e Pavarini, 2010). Desse modo, pode-se avaliar a grandeza da problemática relacionada ao cuidador, o que justifica a preocupação não apenas com o idoso acamado, mas também com aqueles que cuidam e investem esforços e dedicação no cuidado dessa pessoa.

Sendo assim, a avaliação multidisciplinar e a intervenção fisioterapêutica em idosos com baixa capacidade funcional podem diminuir as consequências da inatividade, dando mais qualidade de vida e oferecendo suporte ao paciente sem condições de saída do domicílio, diminuindo a sobrecarga dos cuidadores e orientando-os quanto à melhor maneira de realizar os cuidados.

O atendimento fisioterapêutico domiciliar, tanto no setor privado quanto no público, tem como o objetivo melhorar o entendimento da realidade do paciente no ambiente em que ele vive realizar a prevenção de agravos, fornecer cuidados paliativos e reabilitar o paciente incapaz de locomover-se até a unidade de saúde (Colodetti *et al.*, 2009).

Dentro do quadro de funcionários do sistema de saúde, o fisioterapeuta é o responsável por acolher os usuários que requerem cuidados de reabilitação, realizando orientações, atendimento e acompanhamento, de acordo com a necessidade e a capacidade instalada no município. Dentre suas atribuições, encontra-se a assistência domiciliar, cujo objetivo é realizar reabilitação, orientações, adaptações e acompanhamento das pessoas que estão impossibilitadas de sair de casa (Colodetti *et al.*, 2009).

A conduta ideal do fisioterapeuta não deve ser restrita ao protocolo de tratamento, mas também prever uma boa avaliação, a monitorização do progresso e a orientação aos parentes nos cuidados e na convivência com o doente. O atendimento domiciliar possibilita ao fisioterapeuta conhecer a realidade na qual o paciente está inserido, podendo adequar a sua conduta e realizar as orientações necessárias, que vão desde saúde em geral até técnicas de estímulos sensório-motor, termoterapia e cinesioterapia (Trelha *et al.*, 2007). Além disso, esse profissional pode encaminhar o paciente para clínica de referência quando houver necessidade de atendimento especializado (Aveiro *et al.*, 2011).

A atuação do fisioterapeuta na assistência domiciliar, independente da patologia atendida, envolve a abordagem da família e as ações de prevenção e promoção à saúde. Isso porque incapacidade funcional e limitações físicas, cognitivas e sensoriais, não são consequências inevitáveis do envelhecimento (Brasil *et al.*, 2005; Felício *et al.*, 2005).

A prevalência da incapacidade aumenta com a idade, mas a idade por si só não prediz incapacidade. A incapacidade predispõe ao maior risco de problemas de saúde e afins. Sua presença é ônus para o indivíduo, para a família, para o sistema de saúde e para a sociedade, uma vez que o comprometimento das atividades de vida diária pode ser o reflexo de uma doença grave ou conjunto de doenças que comprometa, direta ou indiretamente, essas quatro grandes funções ou domínios, de forma isolada ou

associada. Dessa forma, a perda de uma função no idoso, antes independente, nunca deve ser atribuída à velhice e sim representar sinal precoce de doença ou conjunto de doenças não tratadas, caracterizadas pela ausência de sinais e sintomas típicos (Minas Gerais, 2006).

Além da perda funcional, existem outras comorbidades que ocorrem com o envelhecimento, como consequência de processos patológicos, tais como a diminuição da saúde bucal e os efeitos da automedicação.

Observa-se, na maioria dos idosos, uma saúde bucal precária – principalmente cáries, doenças periodontais, perda de dentes e câncer bucal. Esses problemas tornam-se um ônus financeiro para indivíduos e sociedade, e podem reduzir a autoconfiança e a qualidade de vida. Alguns estudos demonstraram que uma saúde bucal precária está associada à desnutrição e, portanto, ao maior risco de desenvolver várias doenças não transmissíveis. Devido à dor e à pior qualidade de vida associadas aos problemas de saúde oral, são necessários serviços básicos de tratamento dental e também serviços especializados como os de prótese (Moraes, 2012).

A prestação de serviços públicos de saúde bucal no Brasil, historicamente, caracterizava-se por ações de baixa complexidade, na sua maioria curativa e mutiladora, com acesso restrito. A grande maioria dos municípios brasileiros desenvolvia ações para a faixa etária escolar, de 6 a 12 anos, e gestantes. Os adultos e os idosos tinham acesso apenas a serviços de pronto atendimento e urgência, geralmente mutiladores. Isso caracterizava a odontologia como uma das áreas da saúde com extrema exclusão social.

A implementação da Política Nacional de Saúde Bucal em 2004, intitulada Brasil Sorridente, significou um marco na mudança do foco da atenção em saúde bucal, visando avançar na melhoria da organização do sistema de saúde como um todo e propondo um modelo que dê conta da universalidade, integralidade e equidade. Propõe-se a desenvolver ações de promoção de saúde, prevenção e manejo de doenças com resolutividade e qualidade que permitam mudanças na saúde bucal da população, com reflexos positivos em sua saúde geral. As principais linhas de ação do Brasil Sorridente são: a reorganização da Atenção Básica em saúde bucal (principalmente por meio da estratégia Saúde da Família), a ampliação e qualificação da Atenção Especializada (através, principalmente, da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e

Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias) e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público. (Brasil, 2004).

O projeto SB2010 fez avaliação do uso e necessidade de próteses e ajudou a entender o agravo “edentulismo”, servindo, ao mesmo tempo, para estimar a gravidade do problema pela análise conjunta dos dados de uso e necessidade, subsidiando, assim, ações de planejamento. Nos resultados do projeto SB2010, a prevalência de algum impacto da condição de saúde bucal entre os idosos de 65 a 74 anos de idade foi menor do que nos adultos, havendo prevalência da dificuldade para comer (Brasília, 2011).

Além da precária saúde bucal, a automedicação também é um problema do idoso. O uso de medicamento sem prescrição médica é um hábito muito frequente na população brasileira (Silva *et al.*, 2005), estando o Brasil entre os dez maiores mercados consumidores de medicamentos no mundo. De acordo com a Abifarma, cerca de 80 milhões de pessoas são adeptas da automedicação, sendo que, todos os anos, muitas vão a óbito por esse motivo (Herreiras *et al.*, 2000).

A automedicação é um procedimento caracterizado, fundamentalmente, pela iniciativa do doente, ou de seu responsável, em obter ou produzir e utilizar um produto que acredita lhe trará benefícios no tratamento de doenças ou alívio de sintomas. A automedicação inadequada, tal como a prescrição errônea, pode ter como consequência efeitos indesejáveis, enfermidades iatrogênicas e mascaramento de doenças evolutivas, representando, portanto, problema a ser prevenido (Arrais *et al.*, 1997).

Há, também, condições externas que interferem na qualidade de vida, tais como a condição socioeconômica e as repercussões psíquicas inevitáveis ao cuidador e ao idoso.

Qualidade de vida é definida como *a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente* (OMS, 1994).

À medida que um indivíduo envelhece, sua qualidade de vida é fortemente determinada por sua habilidade em manter autonomia e independência. Nesse contexto,

o setor saúde aparece como elemento central por exercer forte impacto sobre a qualidade de vida. Os estigmas negativos, normalmente associados ao processo de envelhecimento, têm como um de seus pilares o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de doenças e dificuldades funcionais com o avançar da idade. As representações sociais construídas em torno da velhice estão fortemente associadas à doença e à dependência, aceitas como características normais e inevitáveis dessa fase.

Diante da expectativa do aumento de sobrevida no país, associado ao fato de se ter um grande número de idosos, que em sua maioria necessitam de outras pessoas, os cuidadores, e, da qualidade de vida de ambos, faz-se necessário conhecer e descrever os fatores que influenciam esta relação.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Idoso

2.1.1 Envelhecimento

No Brasil um país em desenvolvimento, observa-se um envelhecimento acelerado da população. Idosa.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2010, a população brasileira era de 190.755.799 habitantes, dos quais 20.590.599 eram considerados idosos (idade \geq 60 anos), correspondendo a 10,8% da população brasileira. Percebe-se claramente uma rápida mudança na representatividade dos grupos etários: o grupo de crianças do sexo masculino de zero a quatro anos, por exemplo, representava 5,7% da população total em 1991, enquanto o feminino representava 5,5%. Em 2000, esses percentuais caíram para 4,9% e 4,7%, chegando a 3,7% e 3,6% em 2010. Simultaneamente, o alargamento do topo da pirâmide etária pode ser observado pelo crescimento da participação relativa da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010 (14.081.480 habitantes). Em 1991, o grupo de 0 a 15 anos representava 34,7% da população. Em 2010 esse número caiu para 24,1% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2012).

Pesquisa divulgada recentemente mostra que o Brasil terá 64 milhões de idosos em 2050. Segundo os dados, que fazem parte do relatório “Envelhecendo em um Brasil mais Velho”, do Banco Mundial, esse número corresponde ao triplo registrado em 2013.

Os principais determinantes dessa acelerada transição demográfica no Brasil são a redução expressiva na taxa de fecundidade, associada a forte redução da taxa de mortalidade infantil, e o aumento da expectativa de vida. Estima-se que, em 2025, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Em 2050, as crianças de 0 a 14 anos

representarão 13,15%, ao passo que a população idosa alcançará os 22,71% da população total (Moraes, 2012).

Tal mudança demográfica deve-se a vários fatores: o controle de muitas doenças infecta-contagiosas e potencialmente fatais, sobretudo a partir da descoberta dos antibióticos, dos imunobiológicos e das políticas de vacinação em massa; a diminuição das taxas de fecundidade; a queda da mortalidade infantil, graças à ampliação de redes de abastecimento de água e esgoto e da cobertura da atenção básica à saúde; a acelerada urbanização e mudanças nos processos produtivos, de organização do trabalho e da vida (Minayo, 2000).

Keinert et al.(2009), publicou um artigo onde mostra as conquistas obtidas em questões relativas aos direitos humanos dos idosos, observando-se iniciativas legislativas e administrativas que trazem proteção e amparo social ao direito de envelhecer com dignidade e respeito, levando em consideração a busca pelo envelhecimento saudável e ativo.

O autor explica que o conceito de “envelhecimento ativo” foi adotado pela Organização Mundial de Saúde no final dos anos 90. Comparativamente, ativo supera a palavra saudável.

Continua o autor que, no Brasil, considera-se idosa a pessoa com 60 anos ou mais (Lei 8842/94 e 10741/03), seguindo-se os padrões da Organização Mundial de Saúde - OMS.

Segundo a Lei nº 8.842/29 da constituição brasileira, é garantido à pessoa idosa o direito de uma vida digna, objetivando longevidade com qualidade, integração, autonomia e participação efetiva na comunidade. A Política Nacional do Idoso determina que ele seja atendido plenamente em suas necessidades humanas básicas, citando tratamentos dignos de saúde, mesmo quando apresentarem grandes dificuldades de mobilidade para procurar o atendimento (Brasil, 2008).

Apesar de muitas vezes predominar o preconceito e a discriminação contra esse grupo populacional, vem aumentando a consciência de que os idosos podem dar uma contribuição fundamental à construção de uma sociedade mais humana. (Keinert et al., 2009).

Para Chaoimowicz (2013), o século XXI será marcado por grandes transformações no que diz respeito à estrutura populacional de diversos países, inclusive

no Brasil Tais transformações ocorrerão em consequência de conquistas sociais e políticas e do surgimento de novas tecnologias, permitindo um envelhecimento populacional com destaque global. Excetuando-se alguns países africanos, todos os outros se encontram incluídos neste processo, que acontece graças às transformações demográficas ocorridas nas décadas anteriores.

Mesmo assim, segue o autor, *“este processo é tão novo que as demandas de uma sociedade envelhecida só recentemente têm sido conhecidas”*. O número de anos que se esperava que alguém alcançasse, no início de século XX, era de aproximadamente 45 anos, devido à elevada taxa de fome, doenças e problemas climáticos. A sobrevivência da espécie estava ligada à alta taxa de fecundidade, ou seja, de números de filhos que as mulheres tinham ao longo de suas vidas reprodutivas. Pesquisas mostram que, no Brasil, três, de cada cem brasileiros que nasciam, morriam a cada ano, freando o crescimento da população.

A população brasileira saltou de 41 para 93 milhões de pessoas entre 1940 e 1970, crescendo quase 30% a cada década. No entanto, os jovens representavam ainda mais de 40% da população e os idosos menos de 3%. O principal fator que leva ao aumento da expectativa de vida é a redução da mortalidade infantil. Isto porque morrer nos primeiros anos de vida representa o maior dos obstáculos para alguém alcançar os 60 anos. (Chaoimowicz, 2013).

Segue o autor, *“com o progresso socioeconômico em meados da década de 60 e o uso de métodos contraceptivos, a fecundidade começou a cair rapidamente atingindo todas as classes e regiões do Brasil a partir da década de 1970, fazendo com que as faixas etárias dos jovens declinassem para 30% e dobrando a faixa etária dos idosos, permitindo que os milhões de brasileiros nascidos na década de 40 e que escaparam da mortalidade infantil começassem a tornar adultos e hoje idosos”*.

Segundo pesquisas realizadas pelo World Health Organization em 2005, a longevidade nas mulheres representa uma tendência crescente e generalizada no mundo, já que o número de óbitos nos homens é bem maior que nas mulheres, devido à exposição daqueles a fatores de risco como álcool, fumo, acidentes de trabalho e homicídios e ao aumento da mortalidade por câncer de pulmão e doenças cardiovasculares.

Camarano et al.(1999) destacam a dependência de idosos de outros indivíduos e a importância da família , um fator imprescindível, já que parte dos

cuidados que se deve ter com o idoso acaba sendo de responsabilidade inteiramente desta, fato este que acontece pela queda da fecundidade e a maior participação das mulheres em empregos.

Destaca ainda o autor que nas famílias cujos idosos, são chefes, ou não, mostram que uma parcela maior possui casa própria, já quitada, e contribui significativamente na renda familiar, onde famílias menores possuem uma presença maior de mulheres na condição de chefia. Destaca-se também uma proporção de mulheres sozinhas e de mães com filhos sem cônjuges nas famílias de idosos.

A dependência biológica do idoso, segundo Grelha (1999), resulta da vulnerabilidade gradativa e de uma maior chance de óbito, constatando-se um aumento elevado de doenças crônicas que se não forem tratadas podem piorar e levar ao término da vida. Esse processo de envelhecimento biológico está relacionado às transformações que o corpo sofre, reduzindo-se a eficiência dos sistemas orgânicos e funcionais, gerando dependência. A falta de exercícios físicos ocasiona uma grande diminuição das atividades musculares e também à perda de tecido muscular, levando a dificuldades de aprendizado de novas situações.

Os idosos apresentam, também, diminuição da elasticidade dos tecidos moles, as articulações são menos capazes de absorver pressões e tornam-se mais rígidas, as cartilagens menos elásticas, o poder muscular diminui, levando à desaceleração dos movimentos e à perda da coordenação, ossos podem se tornar osteoporóticos, aparecem às dificuldades com o equilíbrio e alterações na postura corporal (Thompson, Skinner e Piercy, 2002).

A dependência psicológica segue o autor, é definida pela dificuldade que a pessoa idosa tem na tomada de decisões e na incapacidade de escolher as melhores opções nas atividades do dia a dia, ou seja, como o envelhecimento é um processo dinâmico, as alterações fisiológicas no indivíduo idoso trazem alterações psicológicas por provocarem mudanças de atitude e de comportamento. No processo de envelhecimento, ocorrem várias mudanças relacionadas a fatores patológicos, genéticos, ambientais e socioculturais.

A qualidade de vida assume um papel importante e vital na busca da satisfação e o bem-estar psicológico do indivíduo idoso. Uma vida saudável, desde quando se nasce, é primordial para uma velhice com qualidade de vida. Poder cumprir funções diárias de forma adequada, sentir-se bem e úteis são fatores relacionados a uma

boa qualidade de vida para o idoso (OMS, 1998). A nutrição é uma preocupação constante em relação a eles, cuidados com os problemas odontológicos, de mastigação e perda ou diminuição do paladar e do olfato, além de problemas de visão, também são aspectos que devem ser observados.

A mudança demográfica entre as gerações, ou seja, a diferença entre o número de adultos e idosos, gera novos fluxos de apoio e dependência. Em 1950, existiam 19 adultos para cada idoso; em 2050, serão apenas três adultos para cada idoso. O número de oferta e demanda de auxílio entre as gerações, não está correspondendo à realidade, porque, em muitos casos, o cuidado aos idosos é negado pelos parentes mais jovens e, ao mesmo tempo, oferecido pelos idosos o apoio aos parentes jovens (Chaoimowicz, 2013).

Dependência consiste em a pessoa que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual tem necessidade de uma ajuda a fim de realizar as atividades básicas da vida diária. (Grelha, 1999)

Grande parte dos adultos brasileiros necessita do auxílio de seus pais idosos, seja para cuidar dos netos ou oferecer moradia à família na casa dos avós. Isso é devido à economia que obriga os casais a trabalharem fora e, para não deixarem seus filhos sozinhos, recorrem à ajuda dos avós. Além disso, morar com os avós representa diminuição de despesas, sendo que 20% da renda do idoso acabam sendo destinados à família. (Camarano, 2000, apud Pasinato et al., 2006).

Turra e Queiroz (2005) explicam que o suporte oferecido pelo Estado é fundamental para a sobrevivência dos idosos de baixa renda no Brasil, já que foi demonstrado que, na disputa política para a obtenção de verbas, travada entre idosos e crianças, os primeiros se beneficiam da influência dos idosos de renda elevada, o que garante o financiamento do sistema previdenciário criado pelo governo.

A criação de uma política que atue sobre o envelhecimento ativo precisa estar sincronizada para que a diminuição da pobreza seja reduzida em todas as idades, pois a pobreza e a falta de cuidados trazem risco grande de doenças e deficiências para os idosos no futuro. Muitos deles, principalmente mulheres, vivem sozinhos ou em áreas rurais e sem renda certa ou suficiente para que possam ter garantidos uma nutrição saudável e cuidados adequados à sua saúde (Guralnick e Kaplan, 1989).

Segundo o World Health Organization, em 2005, as mudanças no padrão de doenças transmissíveis para as não transmissíveis estão ocorrendo rapidamente na maior parte dos países desenvolvidos e crescerão nas próximas décadas. Doenças como cardiopatias, câncer e depressão estão, cada vez mais, tornando-se as principais causas de morte e invalidez.

Para Chaoimowicz (2013) problemas circulatórios, respiratórios e neoplastias são muito comuns entre os idosos, estando associados à redução da reserva fisiológica no envelhecimento, consequência da falta tanto de vida adequada como de hábitos saudáveis, como o tabagismo. Nos adultos, as consequências permanecem silenciosas até que o organismo se torne incapaz, normalmente quando a pessoa adulta entra na fase dos seus 60 anos e acaba sendo internada com insuficiência cardíaca, hipertensão, isquemia. Grande parte das doenças encontradas nos idosos, nos dias atuais, não leva à morte e nem a internações, mas sim a cuidados frequentes e dentro do seio familiar. Como por exemplo:

- Demências: que representam uma doença de grande impacto familiar;
- Osteoartrose: doença que causa certa incapacidade aos idosos;
- Incontinência urinária: causa constrangimento e prejudica a qualidade de vida do idoso;
- Risco de infarto e doenças cerebrovasculares: precursores de outras doenças;
- Quedas e osteoporose: considerada doença de potencial elevado de risco,

A osteoporose compromete não somente a capacidade funcional do idoso, mas também prejudica sua capacidade de independência, assim como a catarata e as sequelas de acidente vascular cerebral. O conhecimento do grau de incapacidade funcional do idoso é primordial, pois ajuda a determinar quais os cuidados necessários que ele deverá receber, ou seja, o seu grau de dependência.

Chaoimowicz (2013), explica que após a colocação das próteses, os idosos julgam não ser mais necessária a realização de manutenção preventiva e diária, lembrando que a falta de manutenção periodontal pode trazer aos idosos hipossalivação, diminuição da destreza manual, problemas cognitivos e mudanças dietéticas causadas por perdas dentárias. Nas próteses parciais, a falta de manutenção pode ocasionar cáries nos dentes saudáveis que restaram, podendo levar ao uso de próteses totais, que também

requerem manutenção corretiva. Próteses mal colocadas podem comprometer a estética e a mastigação do idoso. Além disso, a falta de prevenção bucal pode ocasionar problemas como:

- Alterações da mucosa bucal: hiperplasia fibrosa inflamatória, úlceras de pressão, e a candidíase, sendo que as duas primeiras estão associadas à má adaptação e manutenção das próteses e a outra à falta de higiene.
- Câncer bucal: exames periódicos são necessários para a prevenção e são indicados pelo Instituto Nacional do Câncer, principalmente para os indivíduos que fazem uso do tabaco e do álcool.

Conforme o indivíduo vai envelhecendo, o aumento de consumo de medicamentos vai aumentando, surgindo, assim, a polimedicação ou polifarmácia que significa a administração concomitante de diversos medicamentos, em tratamento prolongado, pelo mesmo indivíduo. A polifarmácia é uma atuação normal na prática médica, não existindo um número exato de qual número vem a constituir a polifarmácia, dada por uma contagem simples dos medicamentos ou como administração de um maior número de medicamentos. A introdução da polifarmácia em diferentes terapias apresenta, como consequência, os problemas frequentes da farmacoterapia, tais como reações adversas, as interações, a utilização errada, o tratamento inadequado e ainda os agravos perante os processos patológicos e, ou as mudanças fisiológicas da própria idade (Gomes et al., 2008).

Paulo e Zanine (1998) salientam a importância da automedicação, muito praticada nos dias atuais. A facilidade na compra de medicação sem prescrição médica também vem ajudar a aumentar o número de pessoas, principalmente idosos, que usam medicamentos sem orientação, sendo um potencial maléfico à saúde individual e coletiva, podendo causar intoxicação e levar a óbito. Os autores seguem dizendo que a automedicação é um procedimento que ocorre principalmente pela decisão de um doente, ou de algum responsável, de obter ou de produzir e utilizar um produto, crendo ele que lhe trará benefícios no tratamento de doenças ou no alívio de sintomas.

Arrais et al. (1997) em seu artigo, explica que a automedicação inadequada, tal como a prescrição errônea, pode trazer sérias consequências com efeitos indesejáveis como doenças iatrogênicas e mascaramento de doenças evolutivas. Ele ainda segue dizendo que “é evidente que o risco dessa prática está correlacionado com o grau de

instrução e informação dos usuários sobre o medicamento”.

A importância do idoso cumprir e compreender a prescrição médica para seu tratamento proporciona melhoria e benefícios terapêuticos, visando a uma melhor qualidade de vida e reduzindo riscos e/ou reações adversas durante o período de tratamento.

O uso de medicamentos corretos às suas necessidades clínicas, doses, horários e posologia corretos, por um período de tempo adequado, podem ajudar os indivíduos a ter uma melhor qualidade de vida. Doenças que, antigamente, não tinham cura, já podem ser facilmente amenizadas com a utilização de medicação correta.

Para que o envelhecimento seja uma experiência positiva, uma vida mais longa deve ser acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança. A Organização Mundial da Saúde adotou o termo “envelhecimento ativo” para expressar o processo de conquista dessa visão. O envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. Permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários (WHO, 2005).

A palavra “ativa” refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. As pessoas mais velhas que se aposentam e aquelas que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir, ativamente, com seus familiares, companheiros, comunidades e países. O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados (WHO, 2005).

2.2 O CUIDADOR

O Atendimento domiciliar é a assistência direcionada às pessoas que necessitam de cuidados que podem ser realizados no domicílio. É o cuidado prestado,

no domicílio, à pessoa com algum grau de dependência, objetivando o aumento da autonomia e a participação total ou parcial da família nesses cuidados, tentando conseguir comodidade e melhora no quadro clínico do paciente de forma que tenha o aconchego de seu lar e de seus familiares (Brasil, 2012)

A qualidade do atendimento domiciliar é importante para a tranquilidade e comodidade da pessoa idosa. Problemas como doenças crônicas, desinternação clínica ou cirúrgica, curativos, orientações a respeito de utilização de oxigênio-terapia e orientações diversas aos familiares sobre como cuidar do idoso na residência e sondagem são as principais motivos para o atendimento domiciliar (Brasil, 2012).

Porém, é importante ressaltar que esse atendimento requer sempre a presença de um cuidador. Para algumas famílias, isso se torna muito difícil devido a vários fatores, mas, principalmente, pela questão financeira, pois destinam grande parte dos recursos para alimentação, moradia e medicamentos não são fornecidos pela rede básica de saúde (Caldas 2003; Thumé et al. 2010).

Segundo a Política Nacional de Saúde do Idoso, o cuidador é uma “pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício de suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços requeridos no cotidiano – como a ida a bancos ou farmácias, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados como profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área da enfermagem” (Brasil, 1994).

O Guia Prático do Cuidador (2008) apresenta um conceito de cuidador como sendo “um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação”, representando aquele que cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou com responsabilidades diretas, preocupando-se com o bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa cuidada (Brasil, 2008).

O ato de cuidar requer do cuidador reconhecimento de que o indivíduo idoso é um todo no que diz respeito às suas doenças e às suas dependências. É ter calor humano, autenticidade, respeito para que se possa construir uma relação de confiança e segurança com a pessoa cuidada. Prestar cuidados é dar assistência ou cuidado a um ser da família ou amigo, podendo ser de ordem instrumental, afetiva, financeira ou a

qualquer necessidade que a pessoa venha requerer (Camanaro, 1999).

Agir como elo entre a pessoa cuidada, a família e a equipe de saúde, saber ouvir, ajudar na higiene, estimular, orientar e ajudar na alimentação, orientar e ajudar na locomoção e atividades físicas, criar estímulos de lazer e ocupação, saber a hora e o momento de mudança na cama, na cadeira, cuidar das medicações, de acordo com a prescrição médica, manter a equipe de saúde sempre informada sobre as mudanças no quadro da saúde do paciente e oferecer qualquer tipo de informação necessária para a melhoria da qualidade de vida da pessoa cuidada são tarefas que fazem parte da rotina do cuidador segundo o Guia Prático do Cuidador (Brasil, 2008).

O cuidador é uma pessoa que auxiliará o idoso nas suas necessidades diárias, podendo executar um cuidado total ou parcial de acordo com o grau de comprometimento apresentado pelo senil. Ele deverá auxiliar somente nas atividades que o idoso não consegue realizar sozinho. Os cuidadores podem ser formais ou informais. Os primeiros são também conhecidos como remunerados e não são necessariamente profissionais que receberam treinamento específico para exercer a função. O cuidador informal é aquele que, tendo relação familiar, de amizade ou vizinhança, se encarrega ou assume, parcial ou totalmente, os cuidados de um idoso dependente dentro do domicílio (Kawasaki et al. 2001).

Segundo Leme (2013), cuidador informal representa aquela pessoa que se dedica a dar assistência a outros sem querer algo em troca, através de um elo de carinho, amizade ou de sangue. Nem sempre é alguém com preparação para exercer a atividade e não tem remuneração.

Surge, assim, a figura do cuidador familiar que possui vínculo de parentesco próximo do idoso, sem conhecimento e formação específicos para exercer a atividade. O cuidador familiar, na maioria das vezes, reside na mesma casa e se responsabiliza por prestar cuidados necessários nas atividades diárias, como higiene pessoal, administração dos medicamentos, acompanhamento aos serviços de saúde (Yuaso, 2002, p. 166).

A função de cuidador familiar, na maioria das vezes, é assumida por uma única pessoa, caracterizada como cuidador principal. Devido a uma tradição cultural, tal cuidador é, geralmente, do sexo feminino, encontrando-se sobrecarregada por outras tarefas (Diogo e Duarte, 2002).

Com relação ao cuidador formal, Merlin (2011) explica que esse tipo de

cuidador de idosos é remunerado e representa o profissional que passou por treinamento para poder exercer a função, podendo exercê-la na residência do idoso, em pousadas ou asilos, ou acompanhar o idoso em hospitais ou clínicas.

O ato de cuidar desencadeia grandes mudanças na vida do cuidador que tem sua rotina alterada. Em alguns casos, o cuidador descuida-se de seus afazeres pessoais devido à sobrecarga de trabalho a ele imposta, deixando de lado sua própria vida (Rodrigues et al., 2006, p 499).

Ricarte (2009) descreve que sobrecarga de trabalho do cuidador é definida como “carga”, ou seja, o que pesa sobre uma pessoa, a responsabilidade ou incumbência, ou ainda o que incomoda. Carga refere-se à tensão própria do ambiente onde ocorrem as relações interpessoais, sendo vivenciada de forma diferente por cada profissional, formal ou informal. Isso é devido ao objetivo do trabalho, sua responsabilidade e seu dever. Essa sobrecarga pode ser definida como objetiva, que é resultante da prática do cuidado, definida como toda alteração que se pode observar e verificar e normalmente com características visíveis; já as subjetivas são menos visíveis e acarretam cansaço e sofrimento, originados da obrigação diante das tarefas que devem ser desempenhadas. A sobrecarga que o cuidador, formal ou informal, sofre não afeta somente a pessoa que passa por seus cuidados, mas todos os que fazem parte do círculo de relacionamento, tanto do cuidado como do cuidador. Segundo este autor, há fatores que podem indicar que o cuidador está com sobrecarga de trabalho: a) a falta de tempo para suas tarefas; b) tensão quando tem que atender ao seu cuidado e ainda possui tarefas a serem realizadas; c) esgotamento quando tem que estar junto do seu cuidado; d) sua saúde começa a ser afetada.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), qualidade de vida representa o conhecimento que o indivíduo tem sobre a posição que ocupa perante a sociedade onde vive, quais suas expectativas e objetivos de vida. Para que seja identificada uma qualidade de vida essencial, devem-se ter as necessidades humanas básicas realizadas, como alimentação, moradia, educação, trabalho, saúde e lazer. A qualidade de vida apresenta complexidade e subjetividade, envolvendo componentes físicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais próprios da condição humana. No entanto, segue o autor, a subjetividade não seria pura e total, existindo condições objetivas que influenciam a percepção de qualidade de vida das pessoas.

Com relação ao cuidador familiar, que direciona para si todas as atividades relacionadas ao cuidado, pode manifestar sentimentos de desconforto e solidão causada pela falta de apoio de familiares, gerando crise no seu desempenho (Luizardo e Waldman, 2004). A literatura especializada sublinha o fato de que a tarefa de cuidar de idosos dependentes pode ocasionar efeitos adversos, provocando impactos negativos e sobrecarga nos âmbitos físico, psicológico, social e financeiro (Cerqueira & Oliveira, 2002).

A longevidade, associada às doenças crônico-degenerativas, é considerada a principal causa do aumento do número de idosos portadores de incapacidades, com tendência de se chegar a patamares mais elevados, conforme o avançar da idade. Desenvolver incapacidades com perda da independência e, por vezes, com o comprometimento da autonomia pressupõe que as tarefas que o idoso não consiga mais realizar, sejam assumidas por outra pessoa na função de cuidador (Karsch, 2003).

O cuidador é considerado um indivíduo, no processo do cuidado ao idoso, que absorve níveis diferentes de ansiedade, em função de algumas características específicas, como a modificação de papéis sociais e a adaptação à condição de cuidador, que demanda dedicação, paciência e abnegação. Assim, o acompanhamento e o suporte fornecidos pelo serviço de saúde podem contribuir para minimizar as dificuldades demandadas pelo cuidado prestado ao idoso dependente (Luzardo, 2006).

A Política Nacional de Saúde do Idoso no País tem como eixo estruturante a promoção do envelhecimento saudável através de estratégias que visam à manutenção da capacidade funcional dos idosos e de seus cuidadores. Priorizar ações no sentido de atender às necessidades emergentes que possam fornecer suporte ao idoso dependente e seu cuidador familiar, representa um desafio ao sistema de saúde vigente (Brasil, 1994).

Desafio maior que prolongar a vida diz é a manutenção da capacidade funcional, reservando a autonomia e a funcionalidade tanto dos idosos como de seus cuidadores (Brasil, 2006).

A análise do perfil dos idosos e de seus cuidadores, bem como o grau de dependência dos idosos, a sobrecarga atribuída aos cuidadores e sua qualidade de vida pode contribuir para o delineamento de propostas de intervenção baseadas nas reais necessidades do grupo estudado.

3 PROPOSIÇÃO

Avaliar a associação entre a qualidade de vida do idoso e do cuidador com o grau de dependência do idoso e sobrecarga do cuidador no município de Santa Cruz do Rio Pardo/SP.

4 MATERIAL E MÉTODO

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp, conforme resolução 196/96 do CNS, sob nº de protocolo 140/2012. Os indivíduos envolvidos na pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo 1 e 2).

Trata-se de estudo transversal analítico realizado no município de Santa Cruz do Rio Pardo, interior do estado de São Paulo, envolvendo 203 idosos e 164 cuidadores. Esse município possui uma população residente de 43.921 pessoas, sendo 6.369 indivíduos acima de 60 anos, correspondendo a 14,50% da população, segundo censo do IBGE, 2010. Esse índice é superior ao encontrado no Estado de São Paulo, cujos idosos correspondem a 11,6% da população total, e à média nacional, que é de 10,8%. Da população idosa do município, 54,7% eram mulheres e 45,3% eram homens.

A pesquisa foi desenvolvida no domicílio dos 203 idosos. Para obtenção do cadastro dos pacientes foram utilizadas, como referência, as Unidades de Saúde mais próximas de sua residência, incluindo Unidades Básicas de Saúde – UBS (n= 03) e Programas de Saúde da Família – PSF (n= 03), “portas de entrada” no Sistema Único de Saúde - SUS. Cada unidade de saúde é responsável por uma microrregião da cidade, que possui um mapa representativo dividido em 6 microrregiões, chamadas de território ou áreas de abrangência (Figura 1).

A unidade de saúde é responsável pela saúde de todos os habitantes da sua área de abrangência e desenvolve ações de saúde voltadas a esta comunidade, priorizando os grupos de risco.

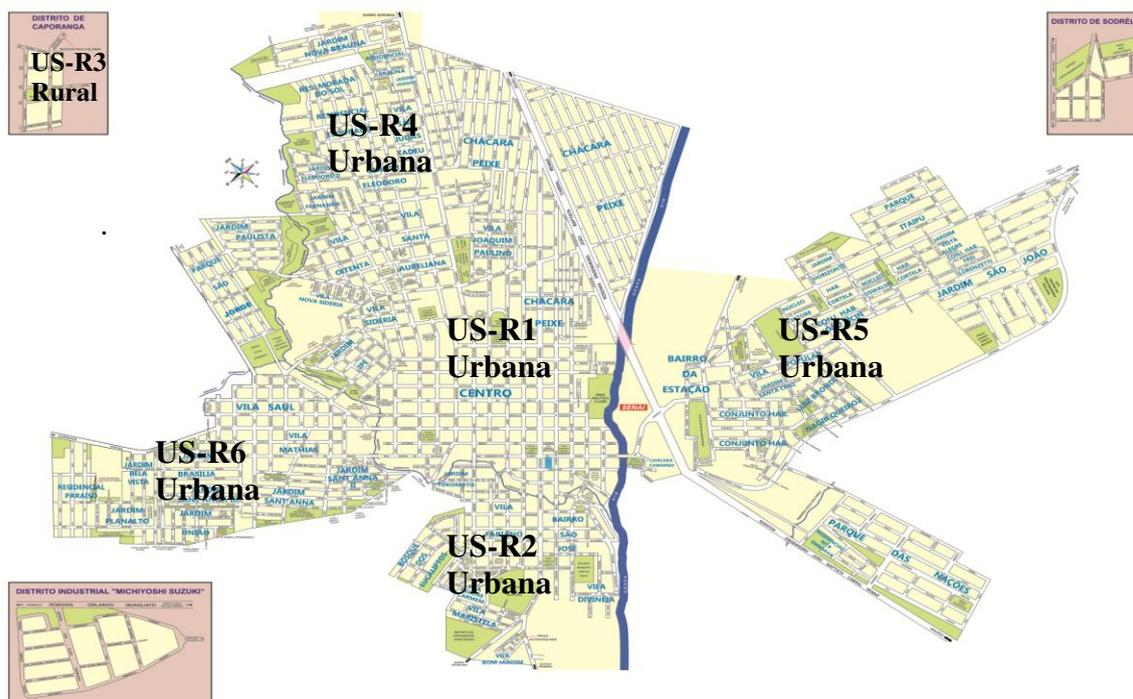


Figura 1. Mapa representativo da divisão das micro regiões do município de Santa Cruz do Rio Pardo/SP.

Universo de estudo

O estudo foi constituída por 203 idosos (idade igual ou superior a 60 anos) e seus 164 cuidadores (cuidador principal, com 18 anos ou mais), de ambos os gêneros.

Todos os idosos cadastrados nas UBS e PSF participaram deste estudo, totalizando 203 indivíduos e seus cuidadores, representando 3,2% da população de idosos do município.

Os critérios de inclusão no universo de estudo foram:

- a) Idosos: Ter 60 anos ou mais; estar cadastrado em alguma unidade de saúde do município de Santa Cruz do Rio Pardo; ter dificuldade de saída do domicílio; ser portador de enfermidade (s) crônica(s); ter capacidade cognitiva para responder às questões completas dos instrumentos utilizados; aceitar participar do estudo.

b) Cuidador: ser o cuidador principal do idoso, formal ou informal; ter mais de 18 anos de idade; ser capaz de responder as questões completas dos instrumentos utilizados; aceitar participar do estudo.

Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada no domicílio, pela pesquisadora principal (farmacêutica), além de duas fisioterapeutas, uma cirurgiã-dentista e uma psicóloga, funcionárias da Secretaria da Saúde do município. A coleta de dados foi constituída por três etapas, descritas a seguir:

As etapas da Pesquisa estão ilustradas na Figura 2.

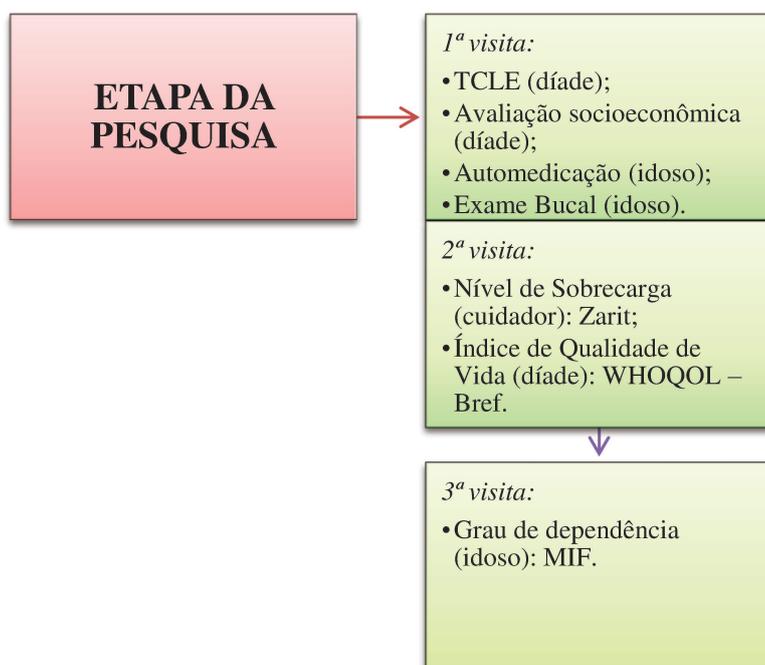


Figura 2: Diagrama da Etapa da Pesquisa

4.1 Primeira etapa

A etapa foi constituída por três visitas.

Na primeira visita domiciliar, foi obtida a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (díade) foi preenchido os questionários socioeconômico (díade) e o questionário relacionado à coleta de dados dos medicamentos (idosos), e realizou-se o exame bucal (idosos).

O questionário socioeconômico adaptado de Meneghim *et al.* (2007) (anexos 3 e 4) foi utilizado para caracterizar o universo de estudo é as questões eram referentes a: Renda Familiar Mensal dividida em segmentos de acordo com o salário mínimo; número de pessoas residentes na mesma casa; grau de instrução do indivíduo; tipo de moradia (alugada; própria – quitada ou não; cedida); ocupação do indivíduo(profissão do chefe da família). e investigar possíveis associações entre o nível socioeconômico, a condição de saúde, qualidade de vida do idosos e o nível de informação e sobrecarga do cuidador.

Aplicou-se também um questionário semiestruturado relacionado à coleta de dados dos medicamentos utilizados pelo idoso (anexo 5), contendo perguntas aos idosos ou aos cuidadores para investigar os medicamentos consumidos, com ou sem prescrição médica, a fim de verificar a prevalência da automedicação. As informações sobre os medicamentos foram colhidas também pela observação das bulas, embalagens e receitas médicas apresentadas pelos idosos. Foram incluídos na pesquisa os nomes comerciais dos medicamentos prescritos e não prescritos, em uso nos últimos 30 dias, princípios ativos e respectivas concentrações, forma farmacêutica, modo de utilização e a indicação, tanto relacionados à medicamentos industrializados como às fórmulas magistrais. Não foram incluídos os medicamentos homeopáticos, os florais, os medicamentos que não possuíam formulação clara, chás, decoctos e tinturas.

Nessa oportunidade, os idosos e cuidadores receberam orientações sobre a importância da adesão e cumprimento do tratamento medicamentoso, horários de

administração decorrente de prescrição médica, focando a importância do uso correto de medicamentos, através de pictogramas adesivos, presentes no apêndice 1 em anexo.

A classificação dos medicamentos, prescritos e não prescritos presentes em cada especialidade foram listados por seu nome genérico e classificados, neste estudo, de acordo com o grupo anatômico e subgrupo terapêutico - Anatômica Terapêutica e Química (ATC) método utilizado internacionalmente para classificar as substâncias com ação terapêutica. Adotada pela Organização Mundial de Saúde – OMS (2000) consiste em classificar os medicamentos em diferentes grupos e subgrupos (nível), de acordo com o órgão ou sistema sobre o qual atuam e segundo as suas propriedades químicas, farmacológicas e terapêuticas, podendo os subgrupos chegar até o quinto nível, sendo primeiro grupo anatômico, segundo grupo terapêutico, terceiro grupo farmacológico quarto grupo químico e quinto substância química.

Em seguida, realizou-se o exame clínico bucal do idoso no domicílio, utilizando ficha de exame bucal (anexo 6), padronizada pela (OMS,1997).

Foram avaliadas as seguintes indicações clínicas de acordo com os códigos e critérios da OMS (OMS, 1997).

- ✓ Usos e necessidade de prótese: em relação à necessidade de prótese total, foi verificada a presença ou ausência de dentaduras, nos arcos superior, inferior ou ambos. Os indivíduos que apresentaram falhas dentais foram registrados com necessidade de prótese parcial, desde que os dentes de suporte estivessem em condições para apoio de prótese.
- ✓ Alteração em tecido mole: em relação à alteração foi realizada a observação de tecidos moles normal, alteração reversível e suspeita de lesão cancerizável, observadas alterações, os idosos foram encaminhados para tratamento.
- ✓ Para medir a prevalência de carie bucal foi observada pelo índice CPOD (total de dentes cariados, perdidos e obturados).

A realização dos exames bucais foi realizado no domicílio em cadeiras comuns, cadeiras de rodas ou camas, estando os idosos sentados ou deitados, utilizando sondas exploradoras nº5, espelhos bucais, espátulas de madeira e luz artificial (lanterna de testa), (OMS, 1997).Em pacientes desdentados, para o exame de tecidos moles, foi utilizada espátula de madeira descartável.

Na segunda visita domiciliar, foi utilizado dois instrumentos: Escala de Zarit (cuidador) e o Questionário WHOQOL – Bref (díade). A psicóloga realizou investigação em relação à sobrecarga do cuidador e nível de qualidade de vida do cuidador e do idoso.

Para avaliar o grau de sobrecarga do cuidador foi utilizada a escala Zarit (1987), traduzida para o português e validada por Scazufca (2002) (Anexo 7). A escala de Zarit tem como objetivo identificar os fatores que levam à exaustão do cuidador, do paciente ou familiar com baixa capacidade funcional, para posteriormente proporcionar orientações adequadas às suas necessidades.

É um instrumento composto por 22 itens que se referem a áreas como: saúde, vida social e pessoal, situação financeira, emocional, bem-estar e relações interpessoais. Os itens medem a sobrecarga objetiva e subjetiva relatada pelo cuidador, sem diferença na pontuação obtida. A forma subjetiva com que os itens são escritos favorece a resposta emocional. O último item da escala avalia o quanto o cuidador considera-se sobrecarregado, devido ao seu papel de cuidador. No cabeçalho foram acrescentadas questões que informam a idade do cuidador, grau de parentesco entre cuidador e idoso, tipo de problemas de saúde, etc.

A escala foi construída para ser autoaplicável, pode ser também aplicada por um entrevistador. Nesse caso, o entrevistador lê em voz alta cada item e pede ao entrevistado que aponte sua resposta. Nesta pesquisa, ela foi aplicada pela psicóloga, que entrevistou o cuidador.

Somando-se as respostas desse questionário, tem-se um valor total que indica o nível de sobrecarga dos cuidadores, que é classificada da seguinte forma:

Quadro 1. Classificação do nível de sobrecarga pela Escala de Zarit.

<i>Score</i>	<i>Nível de Sobrecarga</i>
≤ 21	Ausência de Sobrecarga
21 - 40	Sobrecarga moderada
41 - 60	Sobrecarga moderada a severa
≥ 61	Sobrecarga Severa

Fonte: Ferreira et al., 2010.

Todos os itens devem ser pontuados. O escore total da escala é obtido adicionando-se todos os itens e deve variar de 0 a 88, ou seja, quanto maior o escore, maior a sobrecarga.

a) WHOQOL-bref

Para investigar o índice de qualidade de vida do cuidador e do idoso, foi utilizado o instrumento WHOQOL-Bref (anexo 8). Esse é um instrumento genérico de medição de qualidade de vida, desenvolvido pela OMS a partir do instrumento WHOQOL-100 e validado para o português por Fleck *et al.* (2000) (Chachamovich, 2005). Consta de 26 questões, sendo duas questões gerais e as demais 24 representando cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original, estando relacionado a 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente.

O domínio Físico refere-se a questões relacionadas à dor e desconforto, energia, fadiga, sono e repouso, mobilidade atividades da vida diária, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho. O domínio psicológico refere-se a questões relacionadas com sentimento positivo como pensar, aprender, memória e concentração, com autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. O domínio relações sociais refere-se às questões relacionadas a relações pessoais, suporte (apoio) social, e atividade sexual. O domínio Meio ambiente refere-se às questões relacionadas com segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima), e transporte.

Esse instrumento foi aplicado para verificar as percepções do idoso e do cuidador nas últimas duas semanas.

O questionário, a princípio, é de auto resposta, mas pode ser assistido ou administrado pelo entrevistador. Com a finalidade de padronizar a aplicação do instrumento, e considerando o nível de debilidade física dos pacientes, optou-se por aplicar a forma administrada pela psicóloga. No caso do idoso que não teve condição de responder, esse instrumento foi aplicado apenas ao cuidador.

No decorrer da aplicação, o entrevistador não influenciou a escolha das respostas, nem tampouco discutiu as questões ou seu significado. Na dúvida, o entrevistador apenas releu a questão ao paciente, de forma pausada, evitando dar

sinônimos. Buscou-se uma situação de privacidade, com o entrevistado não acompanhado por familiares a fim de que a resposta não fosse influenciada por terceiros e nem tampouco o entrevistado se sentisse inibido diante do familiar (Grupo Whoqol, 1998).

A WHOQOL-bref é uma escala positiva de 0 a 100, ou seja, quanto maior o escore, melhor a Qualidade de Vida ou quanto menor escore pior a Qualidade de Vida.

➤ Terceira visita

Na terceira visita domiciliar, foi utilizado um único instrumento: Escala MIF (idosos).

A fisioterapeuta realizou a avaliação do grau de dependência do idoso por meio da Escala MIF. As atividades da vida diária (AVD-Básicas) são caracterizadas pela capacidade de autocuidado e de atenção às necessidades básicas diárias, como a capacidade para alimentar-se, ter continência, locomover-se, tomar banho, vestir-se e usar corretamente o toalete. Seu desempenho é o parâmetro mais aceito e reconhecido para a avaliação funcional, pois permite uma visão mais precisa quanto à gravidade das doenças e suas sequelas (Barbetta & Assis, 2008).

O instrumento de avaliação utilizado para esse fim é a Escala MIF - Medida de Independência Funcional, sendo um instrumento validado por Riberto *et al.* (2004) (anexo 9).

Barbetta & Assis (2008) observaram que não houve diferença significativa entre a aplicação do instrumento na forma de avaliação observacional, onde o paciente realiza as atividades avaliadas na escala MIF, ou de questionário dirigido ao paciente ou a seu acompanhante, sendo mais vantajosa a aplicação como questionário dirigido, pois leva menos tempo (cerca de 7 minutos e meio) do que a avaliação observacional (cerca de 1 hora). Portanto, no presente estudo, foi aplicado em forma de questionário dirigido ao idoso, e caso este não tivesse condições de prestar informações, o cuidador poderia responder, sendo minuciosamente investigado como o idoso realizava cada item da escala.

A escala MIF é organizada pela classificação do paciente em sua habilidade para executar uma atividade independente versus sua necessidade por assistência de

outra pessoa ou recurso de adaptação. Se a ajuda é necessária, a escala quantifica essa necessidade. A necessidade por assistência (carga de cuidado) se traduz pelo tempo ou energia gasta por outra pessoa para atender à necessidade de manutenção da qualidade de vida.

Nesse instrumento, o escore inclui: 7 pontos, representando o nível de completa independência e 1 ponto, a completa dependência. O escore total na escala MIF é calculado a partir da soma de pontos atribuídos a cada item dentro das categorias. Essa pontuação é estipulada pela escala, através de seu equivalente em funcionalidade, definidos e explicados no quadro 2, com escore mínimo de 18 e máximo de 126 (Borges, 2006). A classificação quanto ao grau de dependência é feita da seguinte forma:

- a) 18 pontos: dependência completa (assistência total);
- b) 19-60 pontos: dependência modificada (assistência até 50% na tarefa);
- c) 61-103 pontos: dependência modificada (assistência até 25% na tarefa);
- d) 104-126 pontos: independência completa-modificada (Amendola, 2007).

É importante ressaltar que o escore total da MIF é de 126 pontos, porém é possível obter três classificações que são as condições: sem ajuda (S.A.) – escores 7 e 6, necessitando de ajuda (N.A.) – escores 5, 4, e 3 e dependência completa (D.C.) – escores 2 e 1 (Borges, 2006).

Quadro 2: Nível de funcionalidade para cada item da escala MIF

NÍVEL	EQUIVALENTE EM FUNCIONALIDADE
7 (S.A.)	Independência completa: toda tarefa que envolve uma atividade, é realizada de forma segura, sem modificações ou recursos auxiliares, dentro de um tempo razoável.
6 (S.A.)	Independência modificada: capaz de realizar tarefas com recursos auxiliares, necessitando de mais tempo, porém realiza de forma segura e totalmente independente.
5 (N.A.)	Supervisão: sujeito necessita somente supervisão ou comandos verbais ou modelo para realizar a tarefa sem a necessidade de contato ou a ajuda é somente para preparo da tarefa quando necessário
4 (N.A.)	Mínima assistência: necessita uma mínima quantidade de assistência, um simples tocar, possibilitando a execução da atividade (realiza 75% do esforço necessário na tarefa).
3 (N.A.)	Moderada assistência: necessita uma moderada quantidade de assistência, mais do que simplesmente tocar, (realiza 50% do esforço necessário na tarefa)
2 (D.C.)	Máxima assistência: utiliza menos que 50% do esforço necessário para completar a tarefa, mas não necessita auxílio total.
1 (D.C.)	Total assistência: assistência total é necessária ou a tarefa não é realizada. Utiliza menos que 25% do esforço necessário para realizar a tarefa.

Fonte: (Borges, 2006).

Os aspectos verificados na avaliação estão descritos a seguir, destacando o

enfoque a ser dado:

- a) Alimentação - utilização dos utensílios necessários para levar os alimentos à boca, mastigar e engolir a refeição já devidamente preparada;
- b) Higiene pessoal - cuidados de apresentação e aparência - escovar os dentes, pentear os cabelos, lavar as mãos e o rosto e fazer barba ou maquiagem;
- c) Banho ou limpeza do corpo - lavar, enxaguar e secar o corpo, desde o pescoço até os pés (com exclusão das costas), seja em banho de imersão, chuveiro ou no leito, com uma bacia e esponja ou luva de banho, efetuando essas tarefas em segurança;
- d) Vestir a metade superior do corpo - colocar e tirar roupa da cintura para cima, assim como colocar ou retirar uma prótese ou órtese da parte superior do corpo, se for o caso;
- e) Vestir a metade inferior do corpo - Vestir-se e despir-se da cintura para baixo, bem como colocar ou retirar prótese ou órtese, se for o caso;
- f) Utilização do vaso sanitário – realizar a higiene perineal e o despir e vestir a roupa antes e depois da utilização do vaso sanitário ou da comadre;
- g) Controle da urina - controle completo e intencional da diurese e a utilização dos equipamentos ou dos meios necessários ao controle vesical;
- h) Controle das fezes - controle intencional e completo da defecação, e utilização de equipamentos ou meios necessários à defecação;
- i) Transferências: leito, cadeira, cadeira de rodas - todos os aspectos de uma transferência de e para o leito, a cadeira, ou a cadeira de rodas; ou então a passagem para a posição em pé, se a marcha é o modo típico de locomoção, e vice-versa;
- j) Transferência: vaso sanitário – passar para o vaso sanitário e vice-versa;
- k) Transferência: banheira ou chuveiro - entrar e sair da banheira e/ou do Box do chuveiro;
- l) Locomoção - andar a partir da posição de pé, ou utilizar uma cadeira de rodas, uma vez sentado, num piso plano;
- m) Locomoção: escadas - subir e descer 12 a 14 degraus (um lance de escadas), em ambiente interior;
- n) Compreensão - compreensão de uma comunicação visual ou auditiva, isto é,

de uma informação linguística falada, escrita, ou gestual;

- o) Expressão - a expressão clara da linguagem verbal e não verbal, isto é, a expressão da informação linguística verbal ou gráfica (usando a escrita ou outro sistema de comunicação) com sentido e gramática apropriada e exata;
- p) Interação social - os desempenhos (as técnicas e os meios) para acompanhar e participar com os outros nas situações terapêuticas e sociais, isso representa a maneira como a pessoa lida com as suas próprias necessidades e em simultâneo com as dos outros;
- q) Resolução dos problemas da vida cotidiana - a tomada de decisões seguras, adaptadas ao momento acerca das tarefas sociais, financeiras e pessoais, assim como a iniciação, o acompanhamento, a autocorreção das tarefas e atividades para resolução desses problemas;
- r) Memória - capacidade para recordação e lembrança durante a vida corrente, em instituição ou na comunidade, em particular a capacidade de armazenar e de recuperar a informação, em especial verbal ou visual. A evidência de memória inclui reconhecimento de pessoas vistas com frequência, lembrança de rotinas diárias e execução de tarefas sem necessidade de ser lembrado. Um déficit de memória dificulta a aprendizagem, bem como a realização das tarefas (Guzzo, 2008).

Os instrumentos utilizados na pesquisa e apresentados na primeira etapa estão resumidos na Figura 3.

<p>TCLE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicado ao Idoso e ao Cuidador: <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da pesquisa; • Verifica o interesse do cuidador e do idoso; • Duas vias de igual teor.
<p>SOCIOECONÔMICO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicado ao Idoso e ao Cuidador: <ul style="list-style-type: none"> • Renda familiar; • Número de pessoas residentes na mesma casa; • Grau de instrução do idoso e do cuidador; • Habitação; • Profissão do idoso e do cuidador.
<p>COLETA DE DADOS SOBRE O USO DE FÁRMACOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicado ao Idoso: <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos com prescrição médica; • Medicamentos sem prescrição médica; • Administração dos medicamentos; • Respeita prescrição de horários e doses.
<p>EXAME BUCAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicado ao Idoso: <ul style="list-style-type: none"> • Avalia tecidos moles; • Avalia lesões relativas ao uso de prótese; • Avalia presença de cárie dentária e necessidade de tratamento; • Avalia necessidades de uso de próteses, total ou parcial.
<p>ESCALA DE ZARIT = BURDEN INTERVIEW</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicado ao Cuidador: <ul style="list-style-type: none"> • Saúde; • Vida social e pessoal; • Situação financeira; • Situação emocional; • Bem-estar; • Relações interpessoais.
<p>WHOQOL-BREF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicado ao Idoso e ao Cuidador: <ul style="list-style-type: none"> • Físico; • Psicológico; • Relações sociais; • Meio-ambiente.
<p>ESCALA MIF:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicado ao Idoso: <ul style="list-style-type: none"> • Dimensão Motora: <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados Pessoais; • Controle do esfíncter; • Mobilidade/Transferência; • Locomoção. • Dimensão Cognitiva: <ul style="list-style-type: none"> • Comunicação; • Social.

Figura3: Instrumentos utilizados na Pesquisa

Análise dos dados

Realizou-se uma análise estatística descritiva por meio de frequências absoluta e relativa e foram aplicados os testes de Qui – quadrado ou Exato de Fisher para associação, ao nível de significância de 5%. Os dados foram analisados pelo programa Statatm versão 12.0.

5 RESULTADOS

5.1 Idoso

A tabela 1 apresenta os dados demográficos dos idosos e identifica a predominância do gênero feminino em 68,0% (n=138). A idade variou entre 60 e mais de 100 anos, com média de 79 anos, sendo que a faixa etária de maior distribuição concentrou-se entre 70 a 89 anos.

A maioria dos idosos residia na zona urbana, sendo que menos de 1% residia na zona rural.

Uma minoria dentre os idosos era acamada 26,6% (n=54), sendo que 90,4% estavam nesta condição há menos de 10 anos. A maioria dos idosos 80,8% (n= 164) tinha cuidador para auxiliar, de alguma forma em suas atividades básicas diárias.

Tabela 1. Características do universo de estudo de idosos de Santa Cruz do Rio Pardo – SP, 2012.

Variáveis	N	%
Gênero		
Masculino	65	32,0
Feminino	138	68,0
Faixa etária		
60 a 79	104	51,2
80 a 100	99	48,8
Acamado		
Sim	54	26,6
Não	149	73,4
Há Quanto Tempo (acamado)		
≤ 10 anos	47	90,4
> 10 anos	5	9,6
Tem cuidador		
Sim	164	80,8
Não	39	19,2
Procedência (UBS e PSF)		
Unidade 1	10	4,9
Unidade 2	37	18,2
Unidade 3	2	1,0
Unidade 4	51	25,1
Unidade 5	47	23,1
Unidade 6	56	27,6

A tabela 2 apresenta as condições socioeconômica dos idosos, identifica que mais da metade é de baixa renda (recebia até 2 salários mínimos) e não alfabetizada ou com baixa escolaridade. Somente 1% do universo de estudo (n=2) possuía curso superior completo.

Destaca-se, ainda, o fato de que a maioria referiu-se morar com até 3 pessoas, exerceu profissão de auxiliar como ajudante ou trabalhador rural e possuía residência própria quitada.

Tabela 2. Classificação socioeconômica do universo de estudo de idosos, de Santa Cruz do Rio Pardo - SP, 2012.

Variáveis	N	%
Situação econômica		
de 1 a 2 salários mínimos	120	59,1
de 3 a 5 salários mínimos	73	36,0
Acima de 5 salários mínimos	10	4,9
Numero de Pessoas na família - residentes na mesma casa		
Até 2 pessoas	106	52,2
3 Pessoas	50	24,6
4 Pessoas	22	10,8
5 Pessoas	15	7,4
6 Pessoas	6	3,0
Acima de 6 Pessoas	4	2,0
Grau de Instrução		
Não alfabetizado	75	36,9
Alfabetizado	34	16,7
1ª e 4ª série incompleta	49	24,1
1ª e 4ª série completa	28	13,8
2º grau incompleto	0	0
2º grau completo	4	2,0
Superior incompleto	0	0
Superior completo	2	1,0
Habitação		
Residência própria quitada	140	69,0
Residência própria com financiamento a pagar	9	4,4
Residência cedida pelos pais ou parentes	26	12,8
Residência cedida em troca de trabalho	1	0,5
Residência alugada	25	12,3
Residência cedida por não ter onde morar	2	1,0

A tabela 3 mostra o uso de medicamentos prescritos e não prescritos nos últimos 30 dias. O numero de medicamentos utilizados em ambos os sexos mostra a predominância no gênero feminino em 70,1% (n=753). O resultado da responsabilidade da administração dos medicamentos aponta que a maioria do sexo feminino é dependente do cuidador. Os dados apresentam, ainda, que a maioria dos idosos obedece sempre às prescrições médicas. A minoria se automedicava.

Observa-se ainda que o número de medicamentos consumidos diariamente entre os idosos variou de 1 a 15 medicamentos dia, sendo maior entre as mulheres, atingindo uma média do consumo diário de 5,5 medicamentos/dia.

Tabela 3. Quantidade de medicamentos utilizados nos últimos 30 dias, do universo de estudo de idosos, segundo gênero de Santa Cruz do Rio Pardo – SP.

Variáveis	Gênero				Total	
	F		M			
	N	%	N	%	N	%
Medicamentos						
Prescrito	753	70,1	323	29,9	1076	100,0
Não prescrito	12	44,4	15	55,6	27	100,0
Quem administra a medicação?						
Idoso	288	72,3	111	27,8	399	100,0
Cuidador	476	67,8	227	32,2	703	100,0
Não informado	1	100,0	0	0,0	1	100,0
Obedecem as prescrições médicas, horários e doses?						
Sempre	756	69,4	334	30,6	1090	100,0
Às vezes	8	66,7	4	33,3	12	100,0
Não informado	1	100,0	0	0,0	1	100,0
Número de medicamentos consumido/dia						
1 a 3 Medicamentos	33	60,0	22	40,0	55	100,0
4 a 6 Medicamentos	57	72,2	22	27,8	79	100,0
7 a 9 Medicamentos	32	66,7	16	33,3	48	100,0
10 a 12 Medicamentos	14	73,7	5	26,3	19	100,0
13 a 15 Medicamentos	2	100,0	0	0,0	2	100,0

A tabela 4 apresenta a distribuição dos medicamentos prescritos e não prescritos presentes em cada especialidade listados e classificados de acordo com a classificação Anatômica Terapêutica e Química (ATC).

Os medicamentos prescritos mais utilizados foram do Aparelho Cardiovascular 37,4%, Sistema Nervoso 24,1% e Aparelho Digestivo 19,7%. Entre esses se destacam no subgrupo terapêutico do sistema cardiovascular (anti-hipertensivos, diuréticos), Sistema Nervoso (analgésicos e antidepressivos), Aparelho Digestivo (antiglicemiantes e antiulcerosos).

Os medicamentos não prescritos que mais geraram motivos para a automedicação dos idosos foram do Sistema Nervoso 48,1 % (Analgésicos e os anti-inflamatórios), seguidos de Aparelho Digestivo 29,6 % (antiespasmódicos e laxantes) e Aparelho Respiratório 11,1 % (Broncodilatador).

O idoso faz parte de uma população geralmente polimedicada, porém a minoria 2,4% se automedicavam, sendo predominante o sexo masculino. No entanto, observou-se o consumo de medicamentos controlados e tarjados em algumas situações.

Tabela 4. Distribuição de medicamentos prescritos e não prescritos, do universo de estudo de idosos, segundo gênero e classificação ATC de Santa Cruz do Rio Pardo - SP, 2012.

Variáveis	Gênero				Total	
	F		M			
	N	%	N	%	N	%
Medicamentos prescritos						
Agentes antineoplásicos e imunomoduladores	2	0,2	0	0,0	2	0,2
Anti-infecciosos gerais para uso sistêmico	5	0,5	7	0,6	12	1,1
Aparelho Cardiovascular	285	25,8	128	11,6	413	37,4
Aparelho Digestivo e Metabolismo	158	14,3	59	5,3	217	19,7
Aparelho Respiratório	28	2,5	11	1,0	39	3,5
Medicamentos Dermatológicos	1	0,1	0	0,0	1	0,1
Orgãos dos Sentidos	1	0,1	3	0,3	4	0,4
Preparados hormonais sistêmicos, excluindo hormonas	11	1,0	1	0,1	12	1,1
Sangue e orgãos Hematopoiéticos	61	5,5	28	2,5	89	8,1
Sistema Musculo - esquelético	11	1,0	10	0,9	21	1,9
Sistema Nervoso	190	17,2	76	6,9	266	24,1
Medicamentos não prescritos						
Anti-infecciosos gerais para uso sistêmico	1	3,7	0	0,0	1	3,7
Aparelho Digestivo e Metabolismo	5	18,5	3	11,1	8	29,6
Aparelho Respiratório	0	0,0	3	11,1	3	11,1
Sangue e orgãos Hematopoiéticos	0	0,0	1	3,7	1	3,7
Sistema Nervoso	6	22,2	7	25,9	13	48,1
Aparelho Cardiovascular	0	0,0	1	3,7	1	3,7

A média do índice de cárie dos idosos do universo de estudo foi de 2,91% e CPOD 29,3 e observa-se que entre os problemas bucais apresentados nos idosos a perda dos dentes é mais frequente.

Somente 5,9% dos idosos, apresentaram alterações em tecido mole sem suspeita de malignidade, sendo 5 casos de hiperplasia de palato.

A Tabela 5 apresenta os dados da avaliação do uso e da necessidade de prótese dos idosos.

O edentulismo está presente em mais da metade (68,4%) dos idosos examinados no domicílio, sendo que 32% dos idosos usavam prótese total e que a maior necessidade era de prótese total (12,3 %), sendo que dentre esses idosos havia quem não tivesse indicação de uso de prótese devido à falta e/ou baixa qualidade do rebordo ósseo residual, entre outros fatores locais, que muitas vezes dificultam a reabilitação protética desses indivíduos, e quem já usava prótese e, também quem apresentasse alguma condição patológica que dificultasse o seu uso (neurológica ou física, uso de sonda, etc.).

Tabela 5. Distribuição da frequência do uso e necessidade de prótese para os arcos superior e inferior do universo de estudo de idosos de Santa Cruz do Rio Pardo - SP, 2012.

Uso e Necessidade de prótese	N	%	N	%	N	%
Uso e tipo de prótese						
	Não usa		Usa PT		Usa PPR	
Superior	160	78,8	42	20,7	1	0,5
Inferior	176	86,7	26	12,8	1	0,5
Necessidade e uso prótese						
	Não necessita		Necessita de PT		Necessita de PPR	
Superior	190	93,6	13	6,4	0	0,0
Inferior	191	94,1	12	5,9	0	0,0

A tabela 6 mostra a classificação das doenças crônicas não transmissíveis – (DCNT) diagnosticados no do universo de estudo de idosos, segundo CID – 10.

Observou-se a presença de 453 agravos em 203 idosos. Havia 72,4% (n=147) de idosos com mais de uma patologia, ou seja, apresentavam doenças associadas. A maior frequência encontrada foi a doença do Aparelho Circulatório 37,3% (n=169), sendo que os agravos que mais acometem esse grupo são a Hipertensão Arterial essencial, seguida de Acidente Vascular Cerebral.

Tabela 6. Numero de agravos diagnosticados no idoso, segundo a Classificação CID-10 de Santa Cruz do Rio Pardo, 2012.

Variáveis	N	%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5	1,1
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	6	1,3
Doenças do aparelho circulatório	169	37,3
Doenças do aparelho digestivo	4	0,9
Doenças do aparelho geniturinário	4	0,9
Doenças do aparelho respiratório	8	1,8
Doenças do olho e anexos	15	3,3
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	6	1,3
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	2	0,4
Doenças do sistema nervoso	27	6,0
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	56	12,4
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.	57	12,6
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	11	2,4
Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas	29	6,4
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	1	0,2
Neoplasmas (tumores)	7	1,5
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	34	7,5
Transtornos mentais e comportamentais	12	2,6

A tabela 7. Apresenta a classificação do grau de dependência dos idosos segundo a escala MIF. Observou-se que 44,3% dos idosos apresentavam independência completa / modificada, o que significa que esses idosos possuíam habilidades para realizar de forma segura atividades independentes, porém a maioria dos idosos apresentou grau de dependência modificada, ou seja, necessitavam de assistência de outra pessoa ou recurso de adaptação para desenvolver suas tarefas básicas diárias.

Tabela 7. Classificação do grau de dependência do universo de estudo de idosos, segundo a medida de Independência Funcional-MIF, Santa Cruz do Rio Pardo – SP, 2012.

Variáveis	N	%
Dependência completa (assistência total)	4	2,0
Dependência modificada (assistência até 50% na tarefa)	48	23,7
Dependência modificada (assistência até 25% na tarefa)	61	30,0
Independência completa/modificada	90	44,3

A tabela 8. apresenta os resultados sintetizados das descrições de todos os fatores de dependência, dimensões e categorias da escala MIF, apresenta o destaque das dependências caracterizado pela capacidade de autocuidados e de atenção às necessidades básicas diárias, destacando-se fator de maior dependência AVD cuidados pessoais (banhar-se e vestir-se), mobilidade e transferência (cama/cadeira/cadeira de rodas, banheiro, banho chuveiro/banheira), locomoção (andar/cadeira de rodas, escada) e cognitivo social (resolver problemas).

Tabela 8. Estatística descritiva do universo de estudo de idosos, segundo as dimensões e categorias da Medida de Independência Funcional – MIF de Santa Cruz do Rio Pardo – SP, 2012.

Domínios	Total	Máxima	Moderada	Mínima	Supervis	Independê	Independênc	Total
	assistência	assistência	a assistênci	a assistênci	ão	ncia modificad	ia completa	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
CUIDADOS PESSOAIS								
Alimentação	25 (12,38)	3 (1,49)	1 (0,5)	2 (0,99)	7 (3,47)	15 (7,43)	149 (73,76)	202 (100)
Auto Cuidado	41 (20,20)	7 (3,45)	4 (1,97)	8 (3,94)	11 (5,42)	20 (9,85)	112 (55,17)	203 (100)
Banhar-se	59 (29,06)	11 (5,42)	16 (7,88)	18 (8,87)	8 (3,94)	14 (6,90)	77 (37,93)	203 (100)
Vestir tronco superior	55 (27,09)	17 (8,37)	9 (4,43)	12 (5,91)	7 (3,45)	15 (7,39)	88 (43,95)	203 (100)
Vestir tronco inferior	60 (29,70)	13 (6,44)	14 (6,93)	11 (5,45)	5 (2,48)	15 (7,43)	84 (41,58)	203 (100)
Higiene íntima	71 (34,98)	1 (0,49)	3 (1,48)	5 (2,46)	3 (1,48)	6 (2,96)	114 (56,16)	203 (100)
CONTROLE								
ESFINCTERIANO								
Controle vesical	53 (26,11)	6 (2,96)	11 (5,42)	9 (4,43)	5 (2,46)	11 (5,42)	108 (53,20)	203 (100)
Controle intestinal	47 (23,15)	2 (0,99)	5 (2,46)	2 (0,99)	1 (0,49)	9 (4,43)	137 (67,49)	203 (100)
MOBILIDADE/TRANSFERÊNCIA								
Cama/cadeira/cadeira de rodas	40 (19,70)	10 (4,93)	9 (4,43)	13 (6,4)	10 (4,93)	53 (26,11)	68 (33,50)	203 (100)
Banheiro	48 (23,65)	7 (3,45)	7 (3,45)	3 (1,48)	19 (9,36)	53 (26,11)	66 (32,51)	203 (100)
Banho chuveiro / banheira	48 (23,65)	8 (3,94)	8 (3,94)	4 (1,97)	18 (8,87)	54 (26,60)	63 (31,03)	203 (100)
LOCOMOÇÃO								
Andar / cadeira de rodas	46 (22,66)	8 (3,94)	6 (2,96)	10 (4,93)	19 (9,36)	65 (32,02)	49 (24,14)	203 (100)
Escadas	87 (42,86)	12 (5,91)	12 (5,91)	10 (4,93)	20 (9,85)	40 (19,70)	22 (10,84)	203 (100)
COMUNICAÇÃO								
Compreensão	8 (3,96)	7 (3,47)	9 (4,46)	7 (3,47)	9 (4,46)	16 (7,92)	146 (72,28)	202 (100)
Expressão	10 (4,93)	7 (3,45)	9 (4,43)	6 (2,96)	7 (3,45)	8 (3,94)	156 (76,85)	203 (100)
COGNITIVO SOCIAL								
Interação Social	21 (10,34)	11 (5,42)	10 (4,93)	12 (5,91)	13 (6,4)	10 (4,93)	126 (62,07)	203 (100)
Resolver problemas	131 (64,53)	4 (1,97)	8 (3,94)	4 (1,97)	7 (3,45)	5 (2,46)	44 (21,67)	203 (100)
Memória	18 (8,87)	11 (5,42)	11 (5,42)	15 (7,39)	14 (6,9)	6 (2,96)	128 (63,07)	203 (100)

Na tabela 9 observa-se que o domínio físico apresentou o menor escore da qualidade de vida dos idosos (46,4), os quais estão relacionados às questões de dependência AVD como mobilidade, dor e desconforto, cuidados/tratamentos.

Apresentaram os maiores scores da mediana (62,50) os domínios Psicológico (relacionado às questões sentimento positivo pensar, aprender, memória e concentração, com autoestima, imagem corporal e aparência) e Meio Ambiente (relacionados às questões ambiente do lar, segurança física e proteção, cuidados de saúde social).

Tabela 9. Valores de mediana, média, desvio padrão, valor mínimo e máximo dos domínios do WHOQOL – bref, do universo do estudo de idosos de Santa Cruz do Rio Pardo, 2012.

Domínios	Mediana	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
FISICO	46,4	46,7	16,6	7,1	92,9
PSICOLOGICO	62,5	61,9	16,1	25,0	100,0
RELAÇÕES SOCIAIS	58,3	55,4	17,9	8,3	91,7
MEIO AMBIENTE	62,5	64,2	12,0	31,2	100,0
QUALIDADE VIDA	56,9	57,0	12,2	26,7	88,1

Na tabela 10 observa-se que o houve associação significativa entre o grau de dependência do idoso e sua qualidade de vida, para escore geral do WHOQOL - bref.

Tabela 10. Distribuição e análise da influencia do grau de dependência sobre a qualidade de vida do universo de estudo dos idosos Santa Cruz do Rio Pardo, 2012.

Variáveis	Universo de estudo		Qualidade de vida do idoso				P
	N	%	Pior P≤56,9		Melhor >p56,9		
N			%	N	%	N	%
Dependência do idoso							0,000*
Dependência completa	4	2,0	1	100,0	0	0,0	
Dependência modificada (até 50%)	48	23,7	11	73,3	4	26,7	
Dependência modificada (até 25%)	61	30,0	36	75,0	12	25,0	
Independência completa	90	44,3	26	30,6	59	69,4	

*Teste Exato de Fisher

5.2 Cuidador

A tabela 11 apresenta os dados dos cuidador e a maioria e identifica que a maioria era do sexo feminino 81,1% (n= 133).

A idade variou de 18 a 89 anos, com a média de 56 anos e maioria dos cuidadores possuía idade entre 18 a 59 anos.

A maioria, 57,4%, dos cuidadores relatou ter algum problema de saúde, sendo que 81,4 % (n=131) não eram remunerados, portanto denominados cuidadores informais e 99,4% (n=156) não tinham curso específico para cuidar.

Observa-se ainda que 83,2% (n=124) dos cuidadores cuidavam dos idosos havia menos de 10 anos e 85,7% (n=138) possuíam algum grau de parentesco com o idoso. A reponsabilidade de cuidar concentrou-se nos familiares mais próximos, sendo os filhos em 36,6% (n=59), seguidos do esposo em 23 % (n=37).

Tabela 11. Características do universo de estudo de cuidadores de idosos de Santa Cruz do Rio Pardo - SP, 2012.

Variáveis	N	%
Gênero		
Feminino	133	81,1
Masculino	31	18,9
Faixa etária		
De 18 a 59 anos	97	59,5
De 59 a 89 anos	66	40,5
Tem algum problema de saúde		
Sim	93	57,4
Não	69	42,6
É remunerado para função cuidador		
Sim	30	18,6
Não	131	81,4
Tem algum curso específico para cuidar de idoso		
Sim	1	0,6
Não	156	99,4
Carga horária de trabalho		
≤ de 12 horas	30	85,7
24 horas	5	14,3
Há quanto tempo cuida do idoso		
≤ 10 anos	124	83,2
> 10 anos	25	16,8
É parente do idoso		
Sim	138	85,7
Não	23	14,3
Grau de parentesco do idoso		
Cunhado (a)	2	1,2
Esposo (a)	37	23,0
Filho (a)	59	36,6
Genro, Nora	9	5,6
Irmão (ã)	10	6,2
Neto (a)	14	8,7
Pai e Mãe	5	3,1
Sobrinha	1	0,6
Sogro	1	0,6
Cuidador não é parente		
Não é parente	23	14,3

A tabela 12 mostra que a população estudada era de baixa renda,

representada por 50,3% (n=82) que recebiam até 2 salários mínimos e 43,6% (n=71), de 3 a 5 salários mínimos. Observa-se a proximidade entre a classificação de renda Baixa Superior e Media Inferior, a maioria com baixa escolaridade, menos de/ou 4 anos de estudo. Somente 16% (n= 26) do universo de estudo possuíam o 2º grau completo e 4,3% (n=7), curso superior completo.

Observa-se que a maioria referiu morar com até 3 pessoas, exerceu profissões auxiliares, como ajudante ou trabalhador rural, e possuía residência própria quitada.

Tabela 12. Característica socioeconômica do universo de estudos de cuidadores de idosos de Santa Cruz do Rio Pardo - SP, 2012.

Variáveis	N	%
Situação econômica		
De 1 a 2 salários mínimos	82	50,3
De 3 a 5 salários mínimos	71	43,6
Acima de 5 salários mínimos	10	6,1
Numero de Pessoas na família - residentes na mesma casa		
Até 2 pessoas	49	30,1
3 Pessoas	50	30,7
4 Pessoas	34	20,9
5 Pessoas	19	11,7
6 Pessoas	5	3,1
Acima de 6 Pessoas	6	3,7
Grau de Instrução		
Não alfabetizado	4	2,5
Alfabetizado	10	6,1
1ª e 4ª série incompleta	37	22,7
1ª e 4ª série completa	29	17,8
5ª e 8ª série incompleta	19	11,7
5ª e 8ª série completa	19	11,7
2º grau incompleto	9	5,5
2º grau completo	26	16,0
Superior incompleto	3	1,8
Superior completo	7	4,3
Habitação		
Residência própria quitada	101	62,0
Residência própria com financiamento a pagar	10	6,1
Residência cedida pelos pais ou parentes	22	13,5
Residência cedida em troca de trabalho	6	3,7
Residência alugada	23	14,1
Residência cedida por não ter onde morar	1	0,6

A tabela 13 mostra a classificação das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), diagnosticadas nos cuidadores, segundo CID – 10.

No presente estudo, pode ser observada a presença de 134 agravos. Dos 164 cuidadores, 93 relataram ter uma ou mais patologias, ou seja, apresentavam doenças associadas.

A maior frequência encontrada foi doença do Aparelho Circulatório, 31,3 % (n=42), sendo que os agravos que mais acometem nesse grupo são a Hipertensão Arterial essencial 23,9 % (n=32), seguida da doença do Sistema Osteomuscular e do Tecido.

Tabela 13. Numero de agravos diagnosticados nos cuidadores de idosos, segundo a Classificação CID-10 de Santa Cruz do Rio Pardo - SP, 2012.

Variáveis	N	%
Doenças crônicas não transmissíveis		
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4	3,0
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2	1,5
Doenças do aparelho circulatório	42	31,3
Doenças do aparelho digestivo	3	2,3
Doenças do aparelho geniturinário	3	2,3
Doenças do aparelho respiratório	3	2,3
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	6	4,5
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	2	1,5
Doenças do sistema nervoso	3	2,3
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	29	21,6
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.	24	17,9
Transtornos nutricionais e metabólicos em doenças classificadas em outra parte	1	0,8
História pessoal de neoplasia maligna	1	0,8
Fratura da perna, incluindo tornozelo	1	0,8
Neoplasia maligna do pâncreas	1	0,8
Mal estar, fadiga	1	0,8
Episódios depressivos	8	6,0

A tabela 14 o resultado apresenta que a maioria 57,1%, dos cuidadores apresentou ausência de sobrecarga, porém 41,1% relataram-na, sendo que 22,7 % apresentaram sobrecarga moderada, 18,4 % sobrecarga moderada e severa e 1,8 % apresentou sobrecarga severa.

Tabela 14. Classificação da sobrecarga de cuidadores de idosos, segundo escala Zarit de Santa Cruz do Rio Pardo – SP, 2012.

Escore	Escala Zarit	N	%
≤ 21	Ausência de Sobrecarga	93	57,1
21 – 40	Sobrecarga moderada	37	22,7
41 – 60	Sobrecarga moderada a severa	30	18,4
≥ 61	Sobrecarga Severa	3	1,8

A tabela 15 apresenta o resultado das 22 questões da escala Zarit, que avaliam objetiva e subjetivamente a sobrecarga relatada do cuidador, caracterizado em 4 grupos. Pode-se identificar o baixo nível de sobrecarga dos cuidadores na maioria dos itens que se relacionam aos idosos dependentes. Observa-se que os cuidadores não são prejudicados negativamente ao cuidar, podendo expressar sentimentos positivos em relação à satisfação pelo “dever cumprido”, em cuidar o melhor possível do idoso dependente, pois na maioria dos casos o idoso é seu familiar.

Tabela 15. Estatística descritiva da sobrecarga do universo de estudo de cuidadores de idosos, segundo escala Zarit de Santa Cruz do Rio Pardo – SP, 2012.

Itens	Nunca N (%)	Raramente N (%)	Algumas vezes N (%)	Frequente mente N (%)	Sempre N (%)	Total N (%)
1. O Sr/Sra. sente que S* pede mais ajuda do que ele (ela) necessita?	87 (53,37)	7 (4,29)	16 (9,82)	27 (16,56)	26 (15,95)	163 (100)
2. O Sr/Sra. sente que por causa do tempo que o Sr/Sra. gasta com S, o Sr/Sra. não tem tempo suficiente para si mesmo (a)?	64 (39,26)	14 (8,59)	22 (13,5)	40 (24,54)	23 (14,11)	163 (100)
3. O Sr/Sra. se sente estressado (a) entre cuidar de S e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?	67 (41,1)	17 (10,43)	26 (15,95)	30 (18,4)	23 (14,11)	163 (100)
4. O Sr/Sra. se sente envergonhado (a) com o comportamento de S?	140 (85,89)	8 (4,91)	7 (4,29)	8 (4,91)	0 (0,00)	163 (100)
5. O Sr/Sra. se sente irritado (a) quando S está por perto?	97 (59,51)	15 (9,2)	23 (14,11)	22 (13,5)	6 (3,68)	163 (100)
6. O Sr/Sra. sente que S afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?	126 (77,3)	3 (1,84)	11 (6,75)	16 (9,82)	7 (4,29)	163 (100)
7. O Sr/Sra. sente receio pelo futuro de S?	67 (41,1)	20 (12,27)	22 (13,5)	48 (29,45)	6 (3,68)	163 (100)
8. O Sr/Sra. sente que S depende do Sr/Sra.?	119 (73,01)	15 (9,2)	17 (10,43)	9 (5,52)	3 (1,84)	163 (100)
9. O Sr/Sra. se sente tenso (a) quando S esta por perto?	119 (73,01)	15 (9,2)	17 (10,43)	9 (5,52)	3 (1,84)	163 (100)
10. O Sr/Sra. sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com S?	109 (66,87)	2 (1,23)	8 (4,91)	35 (21,47)	9 (5,52)	163 (100)
11. O Sr/Sra. sente que o Sr/Sra. não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S?	101 (61,96)	8 (4,91)	22 (13,5)	21 (12,88)	11 (6,75)	163 (100)
12. O Sr/Sra. sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr/Sra. está cuidando de S?	72 (44,17)	5 (3,07)	11 (6,75)	35 (21,47)	40 (24,54)	163 (100)
13. O Sr/Sra. não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa de S?	138 (84,66)	1 (0,61)	8 (4,91)	12 (7,36)	4 (2,45)	163 (100)
14. O Sr/Sra. sente que S espera que o Sr/Sra. cuide dele/dela, como se o Sr/Sra. fosse a única pessoa de quem ele/ela pode depender?	87 (53,37)	13 (7,98)	16 (9,82)	23 (14,11)	24 (14,72)	163 (100)
15. O Sr/Sra. sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S, somando-se as suas outras despesas?	30 (18,4)	12 (7,36)	41 (25,15)	69 (42,33)	11 (6,75)	163 (100)
16. O Sr/Sra. sente que será incapaz de cuidar de S por muito mais tempo?	115 (70,55)	8 (4,91)	16 (9,82)	16 (9,82)	8 (4,91)	163 (100)
17. O Sr/Sra. sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S?	99 (60,74)	1 (0,61)	12 (7,36)	34 (20,86)	17 (10,43)	163 (100)
18. O Sr/Sra. gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S?	131 (80,37)	9 (5,52)	9 (5,52)	9 (5,52)	5 (3,07)	163 (100)
19. O Sr/Sra. se sente em dúvida sobre o que fazer por S?	142 (87,12)	7 (4,29)	10 (6,13)	4 (2,45)	0 (0)	163 (100)
20. O Sr/Sra. sente que deveria estar fazendo mais por S?	141 (86,5)	7 (4,29)	8 (4,91)	6 (3,68)	1 (0,61)	163 (100)
21. O Sr/Sra. sente que poderia cuidar melhor de S?	144 (88,34)	9 (5,52)	6 (3,68)	4 (2,45)	0 (0)	163 (100)
22. De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra. se sente sobrecarregado (a) por cuidar de S**?	61 (37,42)	22 (13,5)	21 (12,88)	31 (19,02)	28 (17,18)	163 (100)

A tabela 16 apresenta a mediana dos escores dos domínios. O domínio Físico e Psicológico apresentaram os maiores scores.

Tabela 16. Valores de mediana, média, desvio padrão, mínimo e máximo da QV e dos domínios do WHOQOL – bref em cuidadores de idosos de Santa Cruz do Rio Pardo, 2012.

Variáveis	Mediana	Média	Desvio Padrão	Miminho	Máximo
FISICO	82,1	80,5	14,3	35,7	100,0
PSICOLOGICO	75,0	71,8	16,6	20,8	100,0
RELAÇÕES SOCIAIS	66,7	67,5	19,0	0,00	100,0
MEIO AMBIENTE	68,7	69,5	12,2	40,6	100,0
QUALIDADE DE VIDA	72,7	72,3	13,0	32,6	98,4

Pelos dados apresentados nas tabelas 17 e 18, observa-se que, no geral, os cuidadores apresentaram boa qualidade de vida, houve associação significativa ($p=0,000$) entre qualidade de vida e sobrecarga do cuidador, porém, não houve associação significativa entre o grau de dependência do idoso e a qualidade de vida do cuidador e, também, entre o grau de dependência do idoso e a sobrecarga do cuidador.

Tabela 17. Distribuição e análise da influencia do grau de dependência do idoso e grau de sobrecarga do cuidador sobre a qualidade de vida do cuidador. Santa Cruz do Rio Pardo- SP, 2012.

Variáveis	Universo de estudo		Qualidade de vida do cuidador				p
	N	%	Pior $\leq p$ 56,9		Melhor $\geq p$ 56,9		
	N	%	N	%	N	%	
Sobrecarga do cuidador							0,000
Ausência de sobrecarga	93	57,1	28	30,1	65	69,9	
Sobrecarga moderada	37	22,7	24	64,9	13	35,1	
Sobrecarga moderada a severa	30	18,4	26	86,7	4	13,3	
Sobrecarga severa	3	1,8	3	100,0	0	0,0	
Dependência do idoso							0,406*
Dependência completa	4	2,0	1	25,0	3	75,0	
Dependência modificada (até 50%)	48	23,7	28	58,3	20	41,7	
Dependência modificada (até 25%)	61	30,0	27	49,1	28	50,9	
Independência completa	90	44,3	25	44,6	31	55,4	

*Teste Exato de Fisher

Tabela 18. Distribuição e análise da influencia do grau de dependência do idoso sobre a sobrecarga do cuidador de Santa Cruz do Rio Pardo- SP, 2012.

Variáveis	Universo de estudo		Sobrecarga do cuidador				<i>p</i>
	N	%	Ausência		Presença		
			N	%	N	%	
Dependência do idoso							0,116*
Dependência completa	4	2,0	3	75,0	1	25,0	
Dependência modificada (até 50%)	48	23,7	22	45,8	26	54,2	
Dependência modificada (até 25%)	61	30,0	30	54,6	25	45,4	
Independência completa	90	44,3	38	67,9	18	32,1	

Teste: Exato de Fisher

6 DISCUSSÃO

6.1. Idoso

O crescimento da população idosa brasileira é uma realidade. Junto desse crescimento, surgem as necessidades de modificações socioeconômicas, pois o processo de envelhecimento representa novas demandas por serviços, benefícios e atenção, constituindo, assim, um desafio para os governantes e toda a sociedade, no século atual. Um dos maiores desafios é encontrar a melhor forma de impedir ou adiar a doença, a deficiência e manter a independência, a saúde e a mobilidade da população envelhecida.

Parahyba (1998) cita a necessidade de se conhecerem os indicadores sociais e de se identificar a distribuição dos idosos por gênero, educação, renda e idade, a fim de implementar políticas sociais, em especial, às da saúde, para esse grupo populacional.

A expectativa de vida além dos 60 anos cresceu no período de 1999 a 2003, tanto para sexo masculino quanto para sexo feminino. Entretanto, a expectativa de vida das mulheres excede a dos homens e esse fato explica, em parte, a maioria de mulheres idosas em relação aos homens. Em 2006, no Brasil, a expectativa de vida das pessoas de 60 anos era de 19,3 anos para os homens e de 22,4 anos para as mulheres. De acordo com o IBGE (2008), entre os idosos de 80 anos ou mais, a expectativa de vida das mulheres excede, também, a dos homens: 9,8 anos e 8,9 anos, respectivamente. Segundo as informações da Pesquisa Nacional de Universo de estudo no Domicílio, em 2003, a proporção era de 55,9% de mulheres e 44,1% de homens idosos.

De acordo com o IBGE (2002), o último censo populacional do Brasil apresentou uma expectativa de vida de 64,8 anos para o sexo masculino e de 72,6 anos para o sexo feminino. Comparados aos dados do censo em 1991, houve aumento de 2,6 anos na expectativa de vida. O segmento que, no período intercensitário, mais cresceu relativamente foi o das pessoas de 75 anos ou mais.

O presente estudo identifica a predominância de mulheres, com média de 79 anos, sendo que a faixa etária de maior concentração de idosos foi entre 70 a 89 anos.

A maioria dos idosos residia na zona urbana, sendo que menos de 1% residia na Zona Rural. Segundo o IBGE (2000), a distribuição da população de idosos no contexto urbano – rural mostra o processo crescente de urbanização no Brasil. A

proporção de idosos residentes nas áreas rurais foi de 23,3%, em 1991 para 18,6% em 2000, mostrando que o aumento da urbanização da população idosa, acompanha a tendência nacional, em média de 81% em 2000. Barbot-Coldevin (2000) cita que *“as projeções demográficas mostram que a tendência a uma maior urbanização e ao aumento do tamanho da população idosa continuará, com mais homens idosos nas áreas rurais e mulheres idosas nas cidades”*.

Uma minoria dentre os idosos era acamado, sendo que a maioria estava nesta condição havia menos de 10 anos. Mesmo os idosos não acamados necessitavam de atendimento domiciliar. A maioria dos idosos tinha um cuidador para auxiliar, de alguma forma, em suas atividades básicas diárias. O aumento na expectativa de vida dos idosos tem gerado uma série de preocupações e atitudes em relação à melhoria da qualidade de vida, bem-estar e independência dos idosos (Gonçalves et al., 2000). De acordo com Silva (2010) , citando Costa (2001), em determinadas situações os idosos têm perspectiva de viver cada vez mais e, com isso, há risco de maior fragilidade devido aos vários problemas de saúde. Assim, a presença do cuidador (familiar ou não) é necessária para auxiliá-los em suas limitações e no desempenho do autocuidado no seu cotidiano, já que o idoso vive condicionado a vulnerabilidades que afetam sua vida e saúde, necessitando de cuidados especiais.

Ao considerar a renda per capita dos idosos, a maioria era de baixa renda e recebia até 2 salários mínimos. Segundo o IBGE (2000), a determinação do valor do salário mínimo baseia-se no suprimento das necessidades básicas dos indivíduos. Pode-se considerar como um proxy de indicador de pobreza a proporção de pessoas que possuem rendimento médio até esse valor. Em 1991, mais de 70% deles recebiam, em média, até um salário mínimo, com uma pequena melhora do indicador em 2000.

Com relação à escolaridade, os dados mostram que a população estudada teve pouco acesso a ela, considerando que a maioria dos idosos era analfabeta ou com baixa escolaridade (analfabetismo funcional), ou seja, idosos com menos de 4 anos de estudo. Somente 2 idosos possuíam curso superior completo. Esses dados estão em concordância com o IBGE (2000), quando este relata que o nível educacional é um indicador que caracteriza o perfil socioeconômico da população. No caso dos idosos, esse indicador de analfabetos ou de indivíduos com baixa escolaridade é considerado um termômetro das políticas públicas na educação brasileira do passado. Na década de

1930 até meados de 1950, o ensino fundamental ainda era restrito a alguns segmentos sociais específicos, sendo baixo o nível de escolaridade entre a população, o que reflete o acesso desigual a ela. Muito embora a situação da educação para os idosos tenha se modificado na última década, a condição desse contingente permanece desfavorável, afetando a sua condição de vida e de seus familiares.

No arranjo domiciliar, a maioria dos idosos deste universo de estudo relatou morar com até 3 pessoas e possuía residência própria quitada. Os dados do IBGE (2000) mostram que, quando o idoso responsável pelo domicílio morava com sua família, o número médio de pessoas na mesma casa era 3,2, tendo havido uma queda em relação a 1991, quando era de 3,5 pessoas por domicílio. Essa tendência é confirmada na análise regional. O Norte apresentava o maior número médio de pessoas no domicílio e o Sul, o menor. A configuração desses domicílios mostra, ainda, que, em mais da metade, onde o responsável é o idoso, também residiam pessoas na condição de filhos (ou enteados), tendência que se mantém desde 1991, com ligeiro declínio.

O envelhecimento da população brasileira vem aumentando e, conseqüentemente, o aumento do consumo de medicamentos, sendo um dos motivos principais a prevalência de doenças crônicas degenerativas nos idosos. O uso simultâneo de vários medicamentos diferentes, administrados em tratamento prolongado de doenças múltiplas, é denominado de polimedicação ou polifarmácia. Estudos epidemiológicos mostram um significativo aumento do uso de medicamentos prescritos, com o avanço da idade. Essa situação pode ser causada pela predominância das doenças crônicas não transmissíveis nos idosos, como também pelo aumento de consultas a um ou mais médicos e/ou pela necessidade de combinações medicamentosas nas múltiplas patologias (Castro Alves, 1999; Loyola F. et al., 2005).

O presente estudo mostrou o uso de medicamentos prescritos e não prescritos nos últimos 30 dias e apresenta um total de 1103 especialidades farmacêuticas, sendo 262 especialidades distintas. O consumo diário de medicamentos entre os idosos variou de 1 a 15 medicamentos, com média de 5,5 medicamentos/dia. Oliveira et al. (2012) relataram que a morbidade na população de idosos é caracterizada por uma predominância de doenças crônicas, múltiplas e de longa duração, sendo que o aumento delas leva a um maior consumo de medicamentos, em média 3 a 5 diariamente, com predominância de medicamentos prescritos. Os dados do presente

estudo encontraram exatamente os mesmos resultados da pesquisa realizada por Bueno (2009), em relação ao número de medicamentos utilizados diariamente.

Este estudo mostra, ainda, que houve predominância de consumo de medicamentos pelo gênero feminino. Esses achados estão de acordo com Al Loyola Filho, (2006), que investigou uma população de idosos de Belo Horizonte (MG). Esse autor também encontrou maior prevalência do uso de medicamento entre as mulheres. Outros estudos também encontraram maior prevalência do uso de medicamento entre as mulheres (Chrischilles, 1990; Laukkanen, 1992; Psaty et al., 1992).

Em relação à responsabilidade da administração dos medicamentos, o estudo apontou que a maioria é dependente do cuidador. Os dados apresentaram, ainda, que a maioria dos idosos obedecia sempre às prescrições médicas e a minoria se automedicava.

Outra situação preocupante em relação aos idosos é sua saúde bucal. Com o envelhecimento da população no mundo, mais importante torna-se o conceito de qualidade de vida e a saúde bucal tem papel relevante nesse contexto.

As principais doenças bucais estão relacionadas com a manutenção adequada da higiene oral, associada às doenças crônicas e às incapacidades que dificultam ou impedem o autocuidado, sendo as mais importantes a perda de dentes, cáries, doenças periodontais, xerostomia e câncer bucal, que são consideradas elevadas em pessoas de mais idade, exercendo impacto negativo na qualidade de vida. Destaca-se a importância e a necessidade de medidas de prevenção sistematizadas no autocuidado.

O estudo mostra a prevalência de 2,91% de dentes cariados. A média de CPO - D encontrado foi de 29,3. Não houve diferença significativa no CPO-D por faixa etária e identificou-se que, entre os problemas bucais apresentados nos idosos, a perda dos dentes foi a mais frequente. Segundo a pesquisa Nacional de Saúde Bucal (2010), no que diz respeito aos adultos e idosos, em geral, a redução de cárie é menor, considerando o caráter cumulativo das sequelas da doença. Entre os idosos de 65 a 74 anos, o CPO não se alterou, ficando em 27,1 em 2010, enquanto que, em 2003, a média era de 27,8, a maioria relacionada ao componente “extraído”.

O estudo mostrou, ainda, alguns idosos com alterações em tecido mole, sem suspeita de malignidade. Dos idosos examinados no domicílio, muitos eram edêntulos e usavam prótese total superior. Observou-se que alguns idosos não necessitavam de

prótese porque já usavam ou ainda não tinham indicação de prótese por falta de rebordo ou pela sua condição patológica (neurológica ou física, uso de sonda).

Segundo Reis et al. (2003), as prevalências de cárie e de edentulismo foram altas nos idosos pesquisados, refletindo a situação do Brasil como um todo. Pinto (2006) afirma que o aumento continuado do índice de cárie com o avançar da idade tem como principal determinante a realização de extrações múltiplas e em larga escala, que se inicia como padrão inevitável a partir dos 30anos de idade, conforme observado no primeiro levantamento nacional de saúde bucal, feito em 1986.

Segundo a pesquisa nacional SB 2010, o uso e a necessidade de prótese ajudam a entender o agravo do edentulismo, servindo, ao mesmo tempo, para estimar a gravidade do problema pela análise conjunta dos dados e para subsidiar ações de planejamento a partir da análise das necessidades.

A Organização Mundial da Saúde (2005), no documento intitulado “Oral Heath in Ageing Societies”, evidencia que a saúde oral é essencial para a saúde geral do indivíduo, como um dos fatores determinantes associados para uma melhor qualidade de vida.

O resultado do estudo apresenta, ainda, que os idosos são portadores de mais de uma patologia, ou seja, doenças associadas. Observa-se a presença de 453 agravos, classificados de acordo com as doenças crônicas não transmissíveis – (DCNT) diagnosticadas nos idosos, segundo CID-10. A maior frequência encontrada foi a doença do Aparelho Circulatório, sendo que o agravo que mais acomete esse grupo é a Hipertensão Arterial essencial, seguida de Acidente Vascular Cerebral. Em concordância com Tenório et al. (2006), é preocupante o grande número de idosos hipertensos na população estudada, pois essa patologia pode contribuir para o aparecimento de múltiplas doenças crônicas, que podem ou não gerar incapacidade, levando a dependência e necessidade de ajuda de outras pessoas para realizar tarefas essenciais em suas atividades diárias. Os estudos brasileiros mostram que entre os idosos mais de 85% apresentam pelo menos uma patologia crônica e cerca de 20%, pelo menos cinco.

Segundo o Ministério da Saúde, a hipertensão é uma doença altamente prevalente entre os idosos e acomete cerca de 50% a 70% das pessoas nessa faixa etária. É um fator determinante de morbidade e mortalidade, mas, quando adequadamente

controlada, reduzem-se, significativamente, as limitações funcionais e a incapacidade nos idosos.

O estudo mostra a classificação do grau de dependência dos idosos segundo a escala MIF e identificou que mais da metade do universo de estudo apresentava algum grau de dependência, ou seja, necessitavam de assistência de outra pessoa ou recursos de adaptação para desenvolver suas tarefas básicas diárias, sendo que apenas 4 idosos apresentavam dependência completa, necessitando de assistência total em suas tarefas básicas diárias. Segundo Chaimowicz (1998), um estudo realizado no Brasil mostrou 4% a 6% de idosos com dependência funcional grave, 7% a 10%, moderadas e 25% a 30%, leves.

Em relação ao fator de dependência para realizar as atividades de vida diária, destacaram a necessidade de ajuda em *cuidados pessoais* (a maioria requer ajuda total e/ou supervisão para banhar-se e vestir-se), *mobilidade de transferência* (cama/cadeira/cadeira de rodas, banheiro e banho/chuveiro e banheira), *locomoção* (andar/cadeira de roda e escada) e *cognitivo* (resolver problemas).

Com relação à avaliação da qualidade de vida dos idosos, obtidas nos diferentes domínios aferidos pela escala WHOQOL – Bref, os resultados apresentaram que o *Domínio Físico* obteve a pior avaliação, resultado já esperado em população de idade avançada, pelo declínio natural da capacidade física e concomitante aumento da dor e do desconforto, fadiga, problemas de sono e alteração da mobilidade para atividades da vida diária.

O Domínio Psicológico obteve a maior e melhor avaliação. De acordo com Xavier et al.,(2003) o bem-estar do idoso é o resultado do equilíbrio entre os domínios da capacidade funcional, independentemente da presença ou não de enfermidades. Miranda (2008) diz que qualidade de vida é um conceito subjetivo, dependente do autoconhecimento/julgamento do próprio indivíduo em relação aos padrões históricos, culturais, sociais e individuais, que engloba o conceito amplo de bem-estar, direcionadas em dimensões nas quais o indivíduo encontra-se inserido.

6.2 Cuidador

Diante das necessidades advindas do envelhecimento da população, a Política de Atenção à Saúde do Idoso (1999) determina que se promova um sistema de apoio e de parcerias entre os serviços de saúde, os profissionais e o cuidador familiar para o enfrentamento das necessidades do idoso em suas fragilidades. O cuidador deve ser capacitado para acolhimento e vínculo, junto com os sistemas formais de apoio, atendendo, assim, às necessidades do idoso frente às suas vulnerabilidades (Fernandes & Fragoso, 2005).

Neste estudo, a maioria dos cuidadores era do gênero feminino. De acordo com os dados do IBGE – PNAD (2009), o ato de cuidar é basicamente uma atividade feminina. Esses achados corroboram os dados de Carneiro et al. (2009), quando afirmam que a maioria dos cuidadores é formada por mulheres que assumem o ato de cuidar, visto que já desempenham o papel de mãe dentro da sociedade e, por isso, parece estar convencionado que o ato de cuidar de idosos é uma função natural da mulher. Marques (2000) relatou que 50% das cuidadoras informais eram donas de casa. Outros estudos confirmaram essa tendência (Baillie et al., 1988; Karsh, 1998).

A idade das cuidadoras deste Universo de estudo variou entre 15 e 89 anos, sendo a maioria não remunerada, ou seja, eram cuidadores informais, sem curso específico para cuidador. Isso porque a maioria possuía algum grau de parentesco com o idoso. A reponsabilidade de cuidar concentra-se nos familiares mais próximos, como filhos e esposo, associada a cuidados esporádicos e pontuais em situação de emergência. Karsch (2003) (apud Moreira, 2009) identificou que a escolha do cuidador principal envolve quatro condições: parentesco, gênero, proximidade física e proximidade afetiva. Stone et al. (1987) e Guarido (2001) corroboram os achados deste estudo e relatam que filhos e cônjuges eram os cuidadores mais frequentes.

Os resultados mostraram que a população de cuidadores estudada era de baixa renda, tinha baixa escolaridade, morava com até 3 pessoas, exerceu profissões auxiliares, como ajudante ou trabalhador rural e possuía residência própria quitada. Segundo IBGE – PNAD (2009), a escolaridade das cuidadoras, em anos de estudo, é superior à escolaridade de trabalhadoras domésticas e inferiores à média dos ocupados. Os enfermeiros são mais bem escolarizados (até por obrigação legal). A maioria das

cuidadoras têm rendimentos baixíssimos, ganhando até um salário mínimo. Os resultados do estudo de Oliveira et al. (2013) também encontraram renda familiar baixa entre os cuidadores. Diversos estudos com cuidadores mostraram a baixa escolaridade em âmbito nacional (Faro, 1999; Sportello, 2003 apud Moreira, 2009) e internacional (Coco et al. 2005; Rodriguez, 2005 apud Moreira, 2009). Em concordância, Rondine et al. (2011) relatam em seu estudo que maioria das cuidadoras possuía ensino fundamental e apenas 15,2% possuíam ensino superior, completo ou não. Esse dado é bastante superior ao encontrado na mostra deste estudo.

No presente estudo, pode ser observada a presença de 134 agravos, sendo que mais da metade do Universo de estudo apresentava doenças associadas. Os agravos mais frequentes foram doenças do aparelho circulatório (hipertensão arterial essencial), seguidas de doença do sistema osteomuscular. Gonçalves et al. (2006) identificaram que os cuidadores de idosos, cadastrados numa unidade de saúde do município de Florianópolis – SC, apresentavam doenças crônicas tais, como hipertensão, diabetes e osteomusculares. Medeiros et al. (1998) (apud Moreira, 2009), relatam que os cuidadores são “vítimas ocultas” das doenças degenerativas que podem desencadear incapacidade e dependência.

A escala Burden Interview avaliou, objetiva e subjetivamente, a sobrecarga relatada do cuidador, caracterizados em 4 grupos, podendo-se identificar o baixo nível de sobrecarga dos cuidadores na maioria dos itens relacionados aos idosos dependentes. Observou-se que os cuidadores não são prejudicados negativamente no ofício de cuidar, podendo expressar sentimentos positivos em relação à satisfação pelo “dever cumprido” e em cuidar o melhor possível do idoso dependente, mostrando que possuem capacidade e reciprocidade de amor, pois na maioria dos casos o idoso é seu familiar. Assim, a maioria dos cuidadores apresentou ausência de sobrecarga, porém houve relato de sua presença, inclusive em seus níveis moderado e severo.

Segundo Moreira, (2009), o auto reconhecimento, envolvido na tarefa de cuidar, e os seus aspectos positivos foram enfatizados em alguns estudos nacionais e internacionais e devem ser destacados para melhor compreensão da qualidade de vida dos cuidadores. Os cuidadores que associavam o ato de cuidar com a religiosidade e a crença espiritual tinham melhor autoestima e menor grau de depressão.

Na avaliação da qualidade de vida dos cuidadores, obteve-se alto escore para o domínio físico, que se refere a questões relacionadas com dor e desconforto, energia, fadiga, sono e repouso, mobilidade atividades da vida diária, dependência de medicação ou de tratamentos, e capacidade de trabalho. O Domínio meio ambiente apresentou o menor escore médio e refere-se às questões relacionadas com segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima), e transporte.

De forma geral, os cuidadores apresentaram boa qualidade de vida. Leitão & Almeida (2000) afirmam que a qualidade de vida é um conceito marcado pela subjetividade, baseado em aceitar mudanças, ter relações sociais e familiares consistentes, ter autonomia e apoio social.

7 CONCLUSÃO

Os dados deste estudo, mensurado pela Escala MIF, permitem concluir que mais da metade dos idosos apresentava dependência moderada ou severa, ou seja, necessitavam de assistência de outra pessoa ou recursos de adaptação para desenvolver suas tarefas básicas diárias. No geral, os idosos apresentaram boa qualidade de vida, havendo associação significativa ($p=0,000$) entre o grau de dependência do idoso e a sua qualidade de vida.

Em relação à sobrecarga de trabalho, mensurada pela Escala Zarit, conclui-se que a maioria dos cuidadores apresentava-a em baixo nível, sendo que não houve associação significativa entre o grau de sobrecarga do cuidador e o grau de dependência do idoso. No geral, os cuidadores apresentaram boa qualidade de vida, sendo que houve associação significativa ($p=0,000$) entre qualidade de vida e sobrecarga do cuidador. Porém, não houve associação significativa entre o grau de dependência do idoso e a qualidade de vida do cuidador e, também, entre o grau de dependência do idoso e a sobrecarga do cuidador.

Pode-se concluir que a sobrecarga do cuidador influencia na sua própria qualidade de vida. Entretanto, o grau de dependência do idoso não exerce influência sobre a qualidade de vida do cuidador, o que pode indicar que sua sobrecarga pode estar relacionada com a responsabilidade do ato de cuidar de um idoso, sem importar o grau de dependência. Portanto, faz-se necessário instrumentalizar e apoiar quem cuida, visando integrar o cuidador informal à missão que assume.

REFERÊNCIAS

Amendola F. Qualidade de Vida de Cuidadores de Pacientes com perdas funcionais e dependentes atendidos em domicílio pelo Programa Saúde da Família do município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: USP; 2007.

Arrais PSD, Coelho HLL, Batista MCDS, Carvalho ML, Righi RE, Arnau, JM. Perfil da automedicação no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1997; 31 (1): 71-77.

Aveiro MC, Aciole GG, Driusso P, Oshi J. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. *Ciência Saúde Colet*. 2011; 16 (Supl. 1): 1467-1478.

Baillie, V.; Norbeck, JS.; Barnes, LE. Stress, social support and psychological distress of family caregivers of the elderly. *Nurs Res*, New York, v. 37, n. 4, p. 217-222, 1988.

Barbetta DC, Assis MR. Reprodutibilidade, validade e responsividade da escala de Medida de Independência Funcional (MIF) na lesão medular: revisão de literatura. *Acta Fisiatr*. 2008; 15 (3): 176-181.

Barbot-Coldevin, Joelle. Desigualdade baseadas em el género: la adulta mayor y su mayor vulnerabilidad. In: *ENCUENTRO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO SOBRE LAS PERSONAS DE EDAD*, 1999, Santiago. Anais... Santiago: CELADE, 2000. P. 257-270. (Seminarios y Conferencias - CEPAL, 2).

Bittar, AM. Qualidade de vida de cuidadores de idosos. Itajaí, SC, 2009. Disponível em: <http://siaibib01.univali.br/pdf/Ana%20Maria%20Bittar.pdf>. Acesso em: abril 2014.

Borges JBC. Avaliação da medida de Independência Funcional – Escala MIF – e da percepção da qualidade de serviço – Escala Servqual – em Cirurgia Cardíaca [tese]. Botucatu: UNESP; 2006.

Brasil ACO, Brandão JAM, Silva MON, Goldim Filho VC. O papel do fisioterapeuta do programa saúde da família do município de Sobral - Ceará. *RBPS*. 2005; 18 (1): 3-6.

Brasil. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da População idosa por sexo e idade 1980-2050-Revisão 2008. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/default.shtm. Acesso em Março de 2012.

Brasil. Lei Nº 8.842, DE 4 de Janeiro de 1994. Diário Dispõe sobre a Política Nacional

do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, 05 de janeiro de 1994. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm. Acesso em 07/07/2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Legislação Federal da Saúde: relatório 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/php/level.php?lang=pt&compon ent=44&item=30>
Acesso em Março de 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria MS/GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006. Disponível em:
http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-ao-idoso/Portaria_2528.pdf. Acesso em 07/07/2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. Melhor em casa: A segurança do hospital no conforto do seu lar. Cadernos de Atenção Domiciliar. Volume 1 e 2. Brasília, 2012. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/melhor_em_casa_caderno_ad.php. Acesso em 07/07/2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, 2008. 64 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador_2ed.pdf. Acesso em: 07/07/2014.

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Departamento de População e Indicadores Sociais. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2002. [citado 2010 Nov 12]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfidosos2000.pdf>.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. [citado 2009 Jun 5]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.html.

Brasil. RDC/ANVISA nº11 de 2006. Resolução da Diretoria Colegiada/Regulamento Técnico para o funcionamento de Serviços de Atenção Domiciliar: relatório 2000-2006. Brasília 2006.

Caldeira APS, Ribeiro RCHM. O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer. Arq Ciênc Saúde. 2004; 11 (2): 2-6.

Camarano, A.A. Como vive o idoso brasileiro. Rio de Janeiro: 2002.

Carneiro, B. G.; Pires, E. D. O.; Filho Dutra, A. D.; Guimarães, E. A. Perfil dos cuidadores de idosos de instituições de longa permanência e a prevalência de sintomatologia dolorosa. ConScientiae Saúde, 2009. p.75-82.

Castro L.L.C. Farmacoepidemiologia no Brasil: evolução e perspectivas. Ciência Saúde Coletiva. 1999; 4(2): 405-10.

Chachamovich E. Qualidade de vida em idosos: Desenvolvimento e aplicação do módulo WHOQOL-Old e teste do desempenho do instrumento Whoqol-Bref em um Universo de estudo de idosos brasileiros [tese]. Porto Alegre: UFRGS, 2005.

Chaimowicz F. Saúde do idoso. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON UFMG: 2013.

Chrischilles, E.A.; Lemke, J.H.; Wallace, R.B., Drube, G.A. Prevalence and characteristics of multiple analgesic drug use in an elderlu study group. Journal of the American Geriatrics Society, New York, v. 38, n.9, p. 979-984, sep. 1990.

Colodetti NLM, Pardim RSS, Vieira RS, Morais SG. Fisioterapia na Assistência Domiciliar. Governador Valadares – MG: Universidade Vale do Rio Doce, 2009.

Del Duca, G. F. D; Thumé, E; Hallal, P. C. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. Revista Saúde Pública. Brasília, v. 45, n. 1, p. 113-120, 2011.

Felício D.N.L, Franco A.L.V, Torquato M.E.A, Abdon A.P.V. Atuação do fisioterapeuta no atendimento domiciliar de pacientes neurológicos: a efetividade sob a visão do cuidador. RBPS. 2005; 18 (2): 64-69.

Fernandes, M. D. G. M.; Fragoso, K. D. M. Atendimento domiciliário ao idoso na atenção primária à saúde. 2005. 16p. Disponível em: <http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/v008n2/idoso.pdf>. Acesso em: Abril 2014.

Fernandes, M.G.M; Garcia, T.R. Determinantes da tensão do cuidado familiar de idosos dependentes, Revista brasileira de Enfermagem, Brasília. 62, n. 1, p. 52-63, 2009

Fernandes, M.G; Fragoso, K.M. Atendimento domiciliário ao idoso na atenção primária à saúde. Revista APS. João Pessoa, v. 8, n. 2, p. 173-180, 2005.

Ferreira F., Pinto A., Laranjeira A, Pinto A.C, Lopes A., Viana A et al. Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários para população portuguesa. Cadernos de Saúde. 2010; 3 (2): 13-19.

Garrido, R.P. Impacto em cuidadores informais de idosos com demência atendida em um serviço psicogeriátrico da cidade de São Paulo. São Paulo, 2001. Tese de Mestrado, Universidade de São Paulo

Giacomozzi, C.M; Lacerda, M.R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. Texto & Contexto – Enfermagem. Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645-653, 2006.

Gonçalves, L.H. T, Alvares AM, Sena ELS, Santana LWS, Vicente FR. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. Texto Contexto Enferm. 2006; 15 (4): 570-577.

Gonçalves, L.H.T.; Alvarez, A.M.; Santos, S.M.A. Os cuidadores leigos de pessoas idosas. In. YAO, Duarte; Diogo, M.J.D.E. (Org). Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.

Grupo Whoqol. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (Whoqol) 1998. Divisão de Saúde Mental da Universidade do Rio Grande do Sul. [acesso 07 de maio de 2012]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html>.

Guzzo, R.A.R. Análise comparativa da medida de independência funcional verbal e vivenciada em pacientes com hemiplegia por acidente vascular cerebral [dissertação]. São Paulo: FCMSCSP; 2008.

Herrerias T, Martinez M, Baretta G.M.S. Automedicação em Curitiba. Pharm Bras. 2000; 3 (20): 18-21.

IBGE – PNAD, 2009: Pesquisa Nacional por Universo de estudo de Domicílio. Rio de Janeiro, 2010.

IBGE. Expectativa de vida dos idosos de 60, 70 e 80 anos. Rio de Janeiro, 2008.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. [acesso 18 de junho de 2012]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cad Saúde Pública = Rep Public Health. 2003; 19(3): 861-6

Karsch, UM. Envelhecimento com Dependência: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC, 1998.

Karsch, UM. Envelhecimento com Dependência: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC, 2003.

Kawasaki K, Diogo MJD. Assistência domiciliária ao idoso: perfil do cuidador formal - parte I. Rev Esc Enferm USP. 2001; 35 (3): 257-264.

Kawasaki, K; Diogo, M. J. D'E. Assistência domiciliaria ao idoso: Perfil do Cuidador Formal - Parte I. Revista Escola de Enfermagem. São Paulo, v. 35, n. 3, p. 257-264, 2001.

Keinert, Tania Margarete Mezzomo; Rosa, Tereza Etsuko da Costa. Direitos Humanos,

Laukkanen, P.; Heikkinen, E.; Kauppinen, M \$ Kallinen, M., 1992. Use of drugs by non-institucionalized urban Finns born in 1904-1923 and the association of frug use with mood and self-rated health. Age and Ageing, 21:343-352.

Lebrão, M, L. O envelhecimento no Brasil: Aspectos da transição demográfica e epidemiológica. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. São Paulo, v. 4, n.17, p. 135-140, 2007.

Leitão, G. C. M.; ALMEIDA, D.T. O cuidador e sua qualidade de vida. Acta Paul Enf, v.13, n.1, p. 80-85, jan./abr. 2000.

Loyola, A.J.C.; Castro, C.M.; Chaibub, S.C. & Ximenes, A. C. Infiximab no tratamento da artrite psoriásica grave. Anais Brasileiros de Dermatologia, 2005; 80(5): 535-7.

Luzardo AR, Gorini MI, Silva AP. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto & Contexto Enferm.* 2006; 15(4): 587-94.

Luzardo, A.R., Gorini, M.I.P.C., Silva, A.P.S.S.S. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 15 (4): 587-594.

Medeiros, M.M. C; Ferraz, M.B; Quaresma, M.R. Cuidadores: as "vítimas ocultas" das doenças crônicas / Caregivers: the hidden victims of chronic illness. *Rev.bras.reumatol;* 38(4): 189-92, Jul.ago./1998.

Meneghim. M; Kozlowski. F.C; Pereira, A.C., Ambrosano, G.M.B.; Meneghim, Z.M.A. Classificação socioeconômica e sua discussão em relação à prevalência de cárie e fluorose dentária. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2007; 12 (2): 523-529.

Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à saúde do idoso – Saúde em casa. Belo Horizonte: SAS/MG; 2006.

Ministério da Saúde. Guia prático do Cuidador. Brasília – DF; 2008.

Ministério da Saúde: Projeto SBBrasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Brasília/DF, 2011.

Miranda, L.C. Qualidade de vida em idosos – breves reflexões. Disponível em: www.cuidardeidosos.com.br/qualidade-de-vida-em-idosos-breves-reflexoes/. Acesso em: Abril 2014.

Moraes, Edgar Nunes. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. / Edgar Nunes de Moraes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.98 p.: il.

Moreira, P,H.B. Trabalho e qualidade de vida dos cuidadores domiciliares de idosos residentes em Teixeira, Minas Gerais. Viçosa - MG: 2009. 98f. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica). Universidade Federal de Viçosa, 2009

Moreira, P. H. B. Trabalho e qualidade de vida dos cuidadores domiciliares de idosos residentes em Teixeira, Minas Gerais. Viçosa - MG: 2009. 98f. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica). Universidade Federal de Viçosa, 2009.

Nacional de Estudos Populacionais, 11., 1998, Caxambu. Anais... Caxambu: ABEP,

1998.

Nardi, E.F.R; Oliveira, M.F.R. Conhecendo o Apoio Social ao Cuidador Familiar do Idoso Dependente. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 47-53, 2008.

Organização Pan-Americana da Saúde. Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores. 3ª ed. Washington: OPAS, 2003.

Parahyba, M.I. Evolução da mortalidade dos idosos. In: ENCONTRO

Política Nacional do Idoso. Lei nº 8.842, de janeiro de 1994. Brasília; 2010.

Psaty, B.M.; Lee, M.; Savage, P.J.; Rutan, G.H.; German, P.S. & Lyles, M., 1992. Assessing th use of medication in the elderly: Methods and initial experience in the cardiovascular health study. Journal of Clinical Epidemiology, 45:683-692.

Reis S.C.G. B, Higino MASP, Melo H.M. D, Freire M.C.M. Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em Goiânia/GO. Ver. Bras. Epidemol 2003, 8:67-73.

Riberto, M; Miyazaki, M.H.; Jucá, S.S. H; Sakamoto H; Pinto, P.P. N; Battistella, L.R. Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. Acta Fisiátr. 2004; 11 (2): 72-76.

Ricci, A.N; Kubota, T.M.; Cordeiro, C.R. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.39, n.4, p.655-662, 2005.

Rocha, E.G; Machado, A.L. G; Fialho, A.V. M; Moreira, T.M. Análise da Produção Científica da Enfermagem Acerca do Cuidado Familiar no Domicílio. Revista Brasileira de Enfermagem. Fortaleza, v. 61, n. 3, p. 361- 365, 2005.

Rodrigues, M.C.; Leal, C. R. A. A.; Garcia, P. C. O. A extensão buscando contribuir na melhoria da qualidade de vida dos idosos. Disponível em:
http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/idoso/qualivida.html. Acesso em: Abril 2014

Rosa AGF, Fernandez RAC, Pinto VG, Ramos LR. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). Rev de Saúde Pública. 1992; 26 (3): 155-160.

Santos, A.A.; Pavarini, S.C.I. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010; 31 (1): 115-122.

Santos, L.R; Leon, C.G.R.M. P; Funghetto, S. S. Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar. *Ciência & Saúde Coletiva.* Brasília, v. 16, n. 001, p. 855-863, 2011. *Saúde BIS* 47/ Abril 2009.

Scazufca, M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *Rev Bras de Psiquiatr.* 2002; 24 (1): 12-17.

Silva, D.M. Qualidade de vida e cuidador de idosos: Revisão de Literatura. Belo Horizonte/MG, 2010.

Silva, L.W. S; Araújo, T.C; Santos, F.F; Lima, A.A.; Santos, G.B.; Lima, L.V. A família na convivência com o idoso acamado no domicílio. *Revista Temática Kairós Gerontologia.* 2011; 14 (3): 75-87.

Silva, L; Galera, S.A.F; Moreno, V. Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes. *Acta Paulista de Enfermagem.* São Paulo, v. 20, n. 004, 2007.

Silveira, M.M.; Pasquolotti, A.; Colussi; E.L.; Wibelinger, L.M. Envelhecimento humano e as alterações na postura corporal do idoso. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, ano 8, nº 26, out/dez 2010.

Souza, I.R; Caldas, C.P. Atendimento Domiciliar Gerontológico: Contribuições para o cuidado do idoso na comunidade. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde.* Fortaleza, v. 21, n. 001, p. 61-66, 2008.

Sportello, E. F. Caracterização das formas de vida e trabalho das cuidadoras familiares do Programa de Assistência Domiciliária do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. São Paulo: 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2003.

Stone, R.; Cafferata, G.L.; Sangl, J. Caregivers of the frail elderly: a national profile. *Gerontologist*, Washington, v. 27, n. 5, 616-626, Oct. 1987.

Tenorio, Maria Emília Vilela et al. Avaliação da capacidade funcional de idosos em uma comunidade do município de Moreno-PE. *Revista RENE.* Fortaleza, v.7, n.2, p.57-

66, 2006.

Thomson, A; Skinner, Alison & Piercy, Joan. Fisioterapia de Tydy. Tradução de Terezinha Oppido. 12 ed. São Paulo: Santos, 2002.

Thumé, E. Facchini, L. A; Tomasi, E; Vieira, L. A. S. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. Revista Saúde Pública. Brasília, v. 44, n. 6, p. 2-10, 2010

Tomiko B. Cuidar Melhor e evitar a violência: Manual do Cuidador da Pessoa Idosa. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos. Brasília; 2008.

Trelha, C.S.; Silva, D.W.; Ilda, L.M.; Fortes, M.H.; Mendes, T.S. O fisioterapeuta no programa de saúde da família em Londrina (PR). Revista Espaço para a Saúde. 2007; 8 (2): 20-25.

World Health Organization. Active Ageing – A Policy Framework. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging. Madrid, Spain, April, 2002.

World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Geneva; 2005.

World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il.

World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il

World Health Organization. Health of the elderly. Geneva; 1989.

World Health Organization. Oral Health Surveys: Basic Methods. Geneva; 1997.

World Health Organization. The World Health Report 1998: Life in the 21st century - A vision for all. Geneva; 1998.

Xavier, F.M., Ferraz, M.P., Marc N, Escosteguy NU, Moriguchi EH. Elderly people's definition of quality of life. Rev Bras Psiquiatr. 2003; 25(1): 31-9.

APÊNDICE - PICTOGRAMAS

APÊNDICE 1: ADESIVOS PICTOGRAMAS



ANEXOS

ANEXO 1 – TCLE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Informação e Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa
Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP)
Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)



Convido o(a) senhor(a) a participar da pesquisa “*Avaliação do grau de dependência do idoso acamado e a sobrecarga do cuidador no município de Santa Cruz Do Rio Pardo-SP*”, que está sendo desenvolvida pela pesquisadora Luizete de Sousa Alexandre Pereira, aluna de mestrado e pela Prof.^a Dr.^a Rosana de Fátima Possobon, sua orientadora, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/Unicamp). Este Termo que o(a) senhor(a) está recebendo tem a finalidade de esclarecê-lo sobre os detalhes desta pesquisa para que possa decidir se quer ou não participar. As informações contidas neste termo foram recomendadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FOP-Unicamp. Caso aceite participar, o(a) senhor(a) receberá duas cópias deste Termo, sendo que deverá assinar uma das cópias e devolver às pesquisadoras. Assim, leia atentamente os itens abaixo e tire suas dúvidas com as pesquisadoras. Agradecemos muito pela sua participação!

Pesquisadores responsáveis:

A qualquer tempo (antes e durante a pesquisa), se o(a) senhor(a) desejar mais informações sobre o nosso trabalho, por favor, ligue para:

Luizete de Sousa Alexandre Pereira – Tel: (14) 9724-2420

End: Rua Belarmino de Oliveira Filho, 76.

CEP: 18900-000, Santa Cruz do Rio Pardo/SP.

luri.pereira@uol.com.br

Prof.^a Dr.^a Rosana de Fátima Possobon – Tel: (19) 2106-5363

End: Avenida Limeira, 901.

CEP: 13414-900, Piracicaba/SP.

possobon@fop.unicamp.br

Justificativa para Pesquisa: O crescimento da população idosa aumenta a probabilidade de ocorrência de doenças crônicas e incapacidades, gerando uma preocupação em relação à capacidade funcional como novo destaque para a estimativa da saúde desse segmento etário. Com a diminuição da capacidade funcional, o idoso necessita de cuidados que geralmente são realizados por um cuidador, que pode ser formal ou informal. Essa rotina causa uma sobrecarga física e emocional neste cuidador, necessitando de orientações e apoio.

Objetivos da Pesquisa: Verificar se há variação no grau de dependência do idoso acamado com perda funcional, em seu índice de qualidade de vida, e na ocorrência de automedicação e na sobrecarga e no índice de qualidade de vida do cuidador antes e após a aplicação de um protocolo de intervenção;

Procedimentos a serem empregados: O Sr.(a) será submetido a avaliações em forma de questionários e escalas aplicados em entrevista, realizadas por profissionais da saúde da Prefeitura de Santa Cruz do Rio Pardo. Essas avaliações e procedimentos serão feitos em sua residência, e serão a respeito das condições gerais de saúde, qualidade de vida e dados socioeconômicos. Serão

utilizados os questionários: Escala MIF para avaliação do grau de dependência do idoso; Escala Zarit para avaliação do grau de sobrecarga do cuidador; Questionário Socioeconômico do cuidador e do idoso; Questionário Wholqol-Bref para avaliação da qualidade de vida do cuidador e do idoso; Avaliação das condições da saúde bucal do idoso; Questionário de coleta de dados relacionadas aos medicamentos consumidos com ou sem prescrição médica, para verificar como os medicamentos são tomados pelos idosos, ocasião na qual serão orientados quanto ao cumprimento do tratamento medicamentoso através de adesivos. Após a aplicação dos questionários os idosos classificados com dependência completa e dependência modificada (assistência até 50% na tarefa) pela Escala MIF serão submetidos à intervenção terapêutica domiciliar por 3 meses, uma vez por semana. Após essa etapa serão reavaliados os idosos e cuidadores pelas Escalas MIF, Zarit e Questionário Wholqol-Bref. Na seqüência os cuidadores irão participar do Curso de cuidadores para capacitação dos mesmos, com data, horário e local agendado, promovido pela Secretaria Municipal de Saúde, e após será realizada nova reavaliação do cuidador através da escala de Zarit e do cuidador e do idoso com o questionário Wholqol-Bref.

Possibilidade de inclusão em grupo controle ou placebo: Não há nenhuma previsão de inclusão dos mesmos em grupo controle.

Métodos alternativos para obtenção da informação: Não existem métodos alternativos para obtenção da informação.

Descrição crítica dos desconfortos e riscos previsíveis: Você passará por um exame de seus dentes e sua gengiva, realizado em local separado e utilizando materiais esterilizados. O instrumental apresenta ponta arredondada para não causar nenhum tipo de dano ou machucado. Este exame será realizado em sala separada, evitando qualquer tipo de constrangimento por parte dos voluntários. Não há previsão de riscos aos participantes desta pesquisa.

Descrição dos benefícios e vantagens diretas ao voluntário: As pesquisadoras pretendem com o estudo promover melhora na qualidade de vida do idoso acamado, prevenindo complicações advindas da imobilidade e orientar seus cuidadores a fim de diminuir sua sobrecarga. Todos participantes poderão ter acesso aos resultados de seus próprios dados por meio de solicitação ao pesquisador responsável que também oferece disponibilidade para qualquer outro esclarecimento, caso os mesmos assim o desejarem.

Forma de acompanhamento e assistência ao sujeito: Os pesquisadores responsáveis acompanharão o senhor(a) e darão assistência durante a pesquisa ou quando solicitar, resolvendo problemas relacionados à pesquisa ou dúvidas a respeito da mesma.

Forma de contato com as pesquisadoras e com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Para entrar em contato com os pesquisadores, você terá contato direto com as pesquisadoras Luizete de Sousa Alexandre Pereira (14) 9724-2420, luri.pereira@uol.com.br, Profª Drª Rosana de Fátima Possobon (Orientadora) – Tel: (19) 2106-5363 End: Av Limeira, 901 - 13914-903 Piracicaba – SP possobon@fop.unicamp.br. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos como voluntário da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, situado na Av. Limeira, 901 CEP:13414-903, Piracicaba-SP, Fone/Fax: (19) 2106-5349; e-mail: cep@fop.unicamp.br; site: www.fop.unicamp/cep.

Garantia de esclarecimentos: Você tem a garantia de que receberá respostas para qualquer pergunta e suas dúvidas sobre os procedimentos, sobre os riscos, os benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa serão esclarecidos. As pesquisadoras também assumem o compromisso de dar as informações obtidas durante o estudo, mesmo que isso possa afetar sua vontade em continuar participando do estudo.

Garantia de recusa à participação ou saída do estudo: Você tem liberdade para retirar seu consentimento ou se recusar a continuar a participar do estudo, a qualquer momento, conforme determinação da Resolução 196/96 do CNS do Ministério da Saúde. Caso deixe de participar do estudo por qualquer razão, você não sofrerá qualquer tipo de prejuízo ou punição não perderá o direito ao tratamento nas Unidades de Saúde.

Garantia de sigilo: Nós, as pesquisadoras, prometemos resguardar todas as suas informações sobre a pesquisa e vamos tratar estas informações com impessoalidade, não revelando sua identidade.

Garantia de ressarcimento: Não há previsão de ressarcimento de despesa, visto que a pesquisa será realizada em domicílio com uso dos materiais da pesquisa, e, portanto, o senhor(a) não terá gastos para participar da pesquisa.

Garantia de indenização e/ou reparação de danos: Como não há riscos ou danos previsíveis, neste caso, não haverá indenização previsível. Caso ocorra algum imprevisto, ficam as pesquisadoras responsáveis em indenizar em comum acordo com os voluntários, eventuais danos decorrentes desta pesquisa.

Cópia do Termo de consentimento: o senhor(a) está recebendo duas cópias deste Termo uma é sua e a outra deverá ser assinada e devolvida.

Esperando contar com seu apoio, desde já agradecemos em nome de todos os que se empenham para melhorar a saúde de nossa população.

Atenciosamente,

Luizete de Sousa Alexandre Pereira e Rosana de Fátima Possobon

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, RG _____, certifico ter lido todas as informações acima citadas e estar suficientemente esclarecido de todos os itens pelos pós-graduandos Luizete de Sousa Alexandre Pereira e Rosana de Fátima Possobon, pesquisadoras responsáveis na condução da pesquisa. Estou plenamente de acordo e aceito participar desta pesquisa "Avaliação do grau de dependência do idoso acamado e a sobrecarga do cuidador no município de Santa Cruz Do Rio Pardo-SP". E recebi uma cópia deste documento.

Santa Cruz do Rio Pardo, _____ de _____ de _____.

Nome: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

ATENÇÃO: Em caso de dúvida quanto aos seus direitos como voluntário da pesquisa, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP: Av. Limeira, 901-CEP13414-900-Piracicaba-SP. Telefone/fax: 19-21065349, email: cep@fop.unicamp.br
Web site: www.fop.unicamp.br/cep

ANEXO 2 – TCLE - VOLUNTÁRIO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Informação e Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa
Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP)
Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)



Convido o(a) senhor(a) a participar como voluntário na coleta de dados da pesquisa “*Avaliação do grau de dependência do idoso acamado e a sobrecarga do cuidador no município de Santa Cruz Do Rio Pardo-SP*”, que está sendo desenvolvida pela pesquisadora Luizete de Sousa Alexandre Pereira, aluna de mestrado e pela Prof.^a Dr.^a Rosana de Fátima Possobon, sua orientadora, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/Unicamp). Este Termo que o (a) senhor(a) está recebendo tem a finalidade de esclarecê-lo sobre os detalhes desta pesquisa para que possa decidir se quer ou não participar. As informações contidas neste termo foram recomendadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FOP - Unicamp. Caso aceite participar, o(a) senhor(a) receberá duas cópias deste Termo, sendo que deverá assinar uma das cópias e devolver às pesquisadoras. Assim, leia atentamente os itens abaixo e tire suas dúvidas com as pesquisadoras. Agradecemos muito pela sua colaboração!

Pesquisadores responsáveis:

A qualquer tempo (antes e durante a pesquisa), se o(a) senhor(a) desejar mais informações sobre o nosso trabalho, por favor, ligue para:

Luizete de Sousa Alexandre Pereira – Tel: (14) 9724-2420

End: Rua Belarmino de Oliveira Filho, 76.

CEP: 18900-000, Santa Cruz do Rio Pardo/SP.

luri.pereira@uol.com.br

Prof.^a Dr.^a Rosana de Fátima Possobon – Tel: (19) 2106-5363

End: Avenida Limeira, 901.

CEP: 13414-900, Piracicaba/SP.

possobon@fop.unicamp.br

Justificativa para Pesquisa: O crescimento da população idosa aumenta a probabilidade de ocorrência de doenças crônicas e incapacidades, gerando uma preocupação em relação à capacidade funcional como novo destaque para a estimativa da saúde desse segmento etário. Com a diminuição da capacidade funcional, o idoso necessita de cuidados que geralmente são realizados por um cuidador, que pode ser formal ou informal. Essa rotina causa uma sobrecarga física e emocional neste cuidador, necessitando de orientações e apoio.

Objetivos da Pesquisa: Verificar se há variação no grau de dependência do idoso acamado com perda funcional, em seu índice de qualidade de vida, e na ocorrência de automedicação e na sobrecarga e no índice de qualidade de vida do cuidador antes e após a aplicação de um protocolo de intervenção;



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Informação e Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa
Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP)
Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)



Procedimentos a serem empregados: Em sua atuação profissional, junto aos pacientes idosos e cuidadores, são coletados (sob a forma de entrevista) e registrados em instrumentos adequados, dados relativos à saúde e bem-estar desta diáde. Desta forma, sua rotina não deverá ser alterada, uma vez que a pesquisadora somente utilizará os dados coletados pelos senhores para a sua pesquisa.

Possibilidade de inclusão em grupo controle ou placebo: Não há nenhuma previsão de inclusão dos mesmos em grupo controle.

Métodos alternativos para obtenção da informação: Não existem métodos alternativos para obtenção da informação.

Descrição crítica dos desconfortos e riscos previsíveis: Não há desconforto ou riscos previsíveis uma vez que a aplicação de instrumentos de coleta de dados, ou seja, a entrevista com pacientes e cuidadores, já faz parte da rotina de sua atuação profissional. Portanto, apenas serão utilizados os dados coletados e registrados, sem onerar o tempo que é estabelecido para esta tarefa.

Descrição dos benefícios e vantagens diretas ao voluntário: As pesquisadoras pretendem com o estudo promover melhora na qualidade de vida do idoso acamado, prevenindo complicações advindas da imobilidade e orientar seus cuidadores a fim de diminuir sua sobrecarga. Para você como voluntário, não haverá benefícios diretos. Porém, os resultados desta pesquisa poderão contribuir para melhorar as ações realizadas pelas equipes que atendem idosos e seus cuidadores.

Forma de acompanhamento e assistência ao sujeito: Os pesquisadores responsáveis acompanharão o senhor(a) e darão assistência durante a pesquisa ou quando solicitar, resolvendo problemas relacionados à pesquisa ou dúvidas a respeito da mesma.

Forma de contato com as pesquisadoras e com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Para entrar em contato com os pesquisadores, você terá contato direto com as pesquisadoras Luizete de Sousa Alexandre Pereira (14) 9724-2420, luri.pereira@uol.com.br, Profª Drª Rosana de Fátima Possobon (Orientadora) – Tel: (19) 2106-5363 End: Av Limeira, 901 - 13914-903 Piracicaba – SP possobon@fop.unicamp.br. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos como voluntário da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, situado na Av. Limeira, 901 CEP:13414-903, Piracicaba-SP, Fone/Fax: (19) 2106-5349; e-mail: cep@fop.unicamp.br; site: www.fop.unicamp/cep.

Garantia de esclarecimentos: Você tem a garantia de que receberá respostas para qualquer pergunta e suas dúvidas sobre os procedimentos, sobre os riscos, os benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa serão esclarecidos. As pesquisadoras também assumem o compromisso de dar as informações obtidas durante o estudo, mesmo que isso possa afetar sua vontade em continuar participando do estudo.

Garantia de recusa à participação ou saída do estudo: Você tem liberdade para retirar seu consentimento ou se recusar a continuar a participar do estudo, a qualquer momento, conforme determinação da Resolução 196/96 do CNS do Ministério da Saúde. Caso deixe de participar do estudo por qualquer razão, você não sofrerá qualquer tipo de prejuízo ou punição não perderá o direito ao tratamento nas Unidades de Saúde.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Informação e Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa
Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP)
Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)



Garantia de sigilo: Nós, as pesquisadoras, prometemos resguardar todas as suas informações sobre a pesquisa e vamos tratar estas informações com impessoalidade, não revelando sua identidade.

Garantia de ressarcimento: Não há previsão de ressarcimento de despesa, visto que a pesquisa não gerará gastos, pois faz parte da rotina de trabalho do voluntário.

Garantia de indenização e/ou reparação de danos: Como não há riscos ou danos previsíveis, neste caso, não haverá indenização previsível. Caso ocorra algum imprevisto, ficam as pesquisadoras responsáveis em indenizar em comum acordo com os voluntários, eventuais danos decorrentes desta pesquisa.

Cópia do Termo de consentimento: o senhor(a) está recebendo duas cópias deste Termo uma é sua e a outra deverá ser assinada e devolvida.

Esperando contar com seu apoio, desde já agradecemos em nome de todos os que se empenham para melhorar a saúde de nossa população.

Atenciosamente,

Luizete de Sousa Alexandre Pereira e Rosana de Fátima Possobon

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, RG _____, certifico ter lido todas as informações acima citadas e estar suficientemente esclarecido de todos os itens pelos pós-graduandos Luizete de Sousa Alexandre Pereira e Rosana de Fátima Possobon, pesquisadoras responsáveis na condução da pesquisa. Estou plenamente de acordo e aceito participar desta pesquisa "Avaliação do grau de dependência do idoso acamado e a sobrecarga do cuidador no município de Santa Cruz Do Rio Pardo-SP". E recebi uma cópia desde documento.

Santa Cruz do Rio Pardo, _____ de _____ de _____.

Nome: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

ATENÇÃO: Em caso de dúvida quanto aos seus direitos como voluntário da pesquisa, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP: Av. Limeira, 901-CEP13414-900-Piracicaba-SP.
Telefone/fax: 19-21065349, email: cep@fop.unicamp.br
Web site: www.fop.unicamp.br/cep

ANEXO 3 – SITUAÇÃO ECONÔMICA DO IDOSO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



QUESTIONÁRIO SÓCIOECONÔMICO

1. SITUAÇÃO ECONÔMICA DO IDOSO (Renda familiar mensal)

A () até R\$ 622,00	E () de R\$ 3111,00 a R\$ 4665,00
B () de R\$ 623,00 a R\$ 1244,00	F () de R\$ 4666,00 a R\$ 6220,00
C () de R\$ 1245,00 a R\$ 1866,00	G () Acima de R\$ 6221,00
D () de R\$ 1867,00 a R\$ 3110,00	

2. NÚMERO DE PESSOAS NA FAMÍLIA (Residentes na mesma casa)

A () Até 2 Pessoas	D () 5 Pessoas
B () 3 Pessoas	E () 6 Pessoas
C () 4 Pessoas	F () Acima 6 Pessoas

3. GRAU DE INSTRUÇÃO DO IDOSO:

A () Não alfabetizado	F () 5ª e 8ª série completa
B () Alfabetizado	G () 2º grau incompleto
C () 1ª e 4ª série incompleta	H () 2º grau completo
D () 1ª e 4ª série completa	I () Superior incompleto
E () 5ª e 8ª série incompleta	J () Superior completo

4. HABITAÇÃO (Moradia)

A () Residência própria quitada	D () Residência cedida em troca de trabalho
B () Residência própria com financiamento a pagar	E () Residência alugada
C () Residência cedida pelos pais ou parentes	F () Residência cedida por não ter onde morar

5. PROFISSÃO DO IDOSO (Mencionar mesmo que desempregado):

Profissão: _____

A. Empresário de grande porte (em qualquer ramo)
B. Profissional liberal e empresário de médio porte
C. Funcionário em ocupações de nível superior
D. Empresário de pequeno porte
E. Funcionário em ocupações de nível médio
F. Profissional autônomo (vendedor, corretor, e outros)
G. Funcionário em ocupações de nível intermediário
H. Profissional autônomo operacional (marceneiro, pedreiro e outros)
I. Funcionário em ocupações auxiliares (ajudantes, trabalhador rural)
J. Ambulante, safrista, trabalho eventual (bicos)

PONTO S	CLASSIFICAÇÃO	CODIGOS	Conclusão
10,0 - 25	Baixa inferior	F	
25,1 - 40	Baixa superior	E	
40,1 - 55	Média inferior	D	
55,1 - 70	Média	C	
70,1 - 85	Média Superior	B	
85,1 - 100	Alta	A	

AVALIADOR

ANEXO 4 – SITUAÇÃO ECONÔMICA DO CUIDADOR



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



QUESTIONÁRIO SÓCIOECONÔMICO

1. SITUAÇÃO ECONÔMICA DO CUIDADOR (Renda familiar mensal)

A. () até R\$ 622,00	E. () de R\$ 3111,00 a R\$ 4665,00
B. () de R\$ 623,00 a R\$ 1244,00	F. () de R\$ 4666,00 a R\$ 6220,00
C. () de R\$ 1245,00 a R\$ 1866,00	G. () Acima de R\$ 6221,00
D. () de R\$ 1867,00 a R\$ 3110,00	

2. NÚMERO DE PESSOAS NA FAMÍLIA (Residentes na mesma casa)

A. () Até 2 Pessoas	D. () 5 Pessoas
B. () 3 Pessoas	E. () 6 Pessoas
C. () 4 Pessoas	F. () Acima 6 Pessoas

3. GRAU DE INSTRUÇÃO DO CUIDADOR:

A. () Não alfabetizado	F. () 5ª e 8ª série completa
B. () Alfabetizado	G. () 2º grau incompleto
C. () 1ª e 4ª série incompleta	H. () 2º grau completo
D. () 1ª e 4ª série completa	I. () Superior incompleto
E. () 5ª e 8ª série incompleta	J. () Superior completo

4. HABITAÇÃO (Moradia)

A. () Residência própria quitada	D. () Residência cedida em troca de trabalho
B. () Residência própria com financiamento a pagar	E. () Residência alugada
C. () Residência cedida pelos pais ou parentes	F. () Residência cedida por não ter onde morar

5. PROFISSÃO DO CUIDADOR (Mencionar mesmo que desempregado):

Profissão: _____

A. Empresário de grande porte (em qualquer ramo)
B. Profissional liberal e empresário de médio porte
C. Funcionário em ocupações de nível superior
D. Empresário de pequeno porte
E. Funcionário em ocupações de nível médio
F. Profissional autônomo (vendedor, corretor, e outros)
G. Funcionário em ocupações de nível intermediário
H. Profissional autônomo operacional (marceneiro, pedreiro e outros)
I. Funcionário em ocupações auxiliares (ajudantes, trabalhador rural)
J. Ambulante, safrista, trabalho eventual (bicos)

PONTO S	CLASSIFICAÇÃO	CODIGOS	Conclusão
10,0 - 25	Baixa inferior	F	
25,1 - 40	Baixa superior	E	
40,1 - 55	Média inferior	D	
55,1 - 70	Média	C	
70,1 - 85	Média Superior	B	
85,1 - 100	Alta	A	

AVALIADOR

ANEXO 5 – QUESTIONÁRIO SOBRE USO DE FÁRMACOS



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS SOBRE O USO DE FÁRMACOS.

PACIENTE: _____ DATA DA AVALIAÇÃO: ____/____/____

1) Medicamento(s) prescrito(s) pelo médico(s):

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

2) Qual(is) medicamento(s) faz uso sem prescrição médica?

_____	_____
_____	_____
_____	_____

3) Quem administra o(s) medicamento(s)?

4) Obedece à prescrição médica, horários e doses?

() Sempre () As vezes () Nunca

Qual o motivo?

AVALIADOR

ANEXO 7 – ESCALA DE ZARIT



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



FICHA DE AVALIAÇÃO DO CUIDADOR PRINCIPAL – ESCALA DE ZARIT

AVALIAÇÃO: 1ª () 2ª () 3ª ()

CUIDADOR: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: _____ DATA DA AVALIAÇÃO: ____/____/____

ENDEREÇO: _____ TELEFONE: _____

CUIDADOR DE: _____

TEM ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE: () NÃO; () SIM. QUAL? _____

TEM ALGUM CURSO ESPECÍFICO DE CUIDADOR? () NÃO; () SIM. QUAL? _____

É REMUNERADO PARA CUIDAR DO IDOSO? () NÃO; () SIM. CARGA HORÁRIA DIÁRIA: _____

HÁ QUANTO TEMPO CUIDA DESTES IDOSOS? _____

É PARENTE? () NÃO; () SIM. QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____

TEM AJUDANTE? () NÃO; () SIM. QUEM? _____

ITEM	0	1	2	3	4
1. O Sr/Sra sente que S* pede mais ajuda do que ele (ela) necessita?					
2. O Sr/Sra sente que por causa do tempo que o Sr/Sra gasta com S, o Sr/Sra não tem tempo suficiente para si mesmo (a)?					
3. O Sr/Sra se sente estressado (a) entre cuidar de S e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?					
4. O Sr/Sra se sente envergonhado (a) com o comportamento de S?					
5. O Sr/Sra se sente irritado (a) quando S está por perto?					
6. O Sr/Sra sente que S afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?					
7. O Sr/Sra sente receio pelo futuro de S?					
8. O Sr/Sra sente que S depende do Sr/Sra?					
9. O Sr/Sra se sente tenso (a) quando S esta por perto?					
10. O Sr/Sra sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com S?					
11. O Sr/Sra sente que o Sr/Sra não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S?					
12. O Sr/Sra sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr/Sra está cuidando de S?					
13. O Sr/Sra não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa de S?					
14. O Sr/Sra sente que S espera que o Sr/Sra cuide dele/dela, como se o Sr/Sra fosse a única pessoa de quem ele/ela pode depender?					
15. O Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S, somando-se as suas outras despesas?					
16. O Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar de S por muito mais tempo?					
17. O Sr/Sra sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S?					
18. O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S?					
19. O Sr/Sra se sente em dívida sobre o que fazer por S?					
20. O Sr/Sra sente que deveria estar fazendo mais por S?					
21. O Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor de S?					
22. De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra se sente sobrecarregado (a) por cuidar de S**?					
TOTAL:					

LEGENDA DAS RESPOSTAS: 0 = NUNCA, 1 = RARAMENTE, 2 = ALGUMAS VEZES, 3 = FREQUENTEMENTE, 4 = SEMPRE.

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

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

Score	Nível de Sobrecarga	Conclusão
< 21	Ausência de Sobrecarga	
21 - 40	Sobrecarga moderada	
41 - 60	Sobrecarga moderada a severa	
> 61	Sobrecarga Severa	

AVALIADOR

ANEXO 8 – WHOQOL-BREF



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



AValiação DA QUALIDADE DE VIDA – WHOQOL-BREF

AVAlIAÇÃO: 1ª () 2ª () 3ª () DATA DA AVAlIAÇÃO: ___/___/___
PACIENTE () CUIDADOR () NOME: _____

1 = MUITO RUIM, 2 = RUIM, 3 = NEM RUIM NEM BOA, 4 = BOA, 5 = MUITO BOA

1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
---	--	---	---	---	---	---

1 = MUITO INSATISFEITO, 2 = INSATISFEITO, 3 = NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO, 4 = SATISFEITO, 5 = MUITO SATISFEITO

2	Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---	---

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

1 = NADA, 2 = MUITO POUCO, 3 = MAIS OU MENOS, 4 = BASTANTE, 5 = 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.

1 = NADA, 2 = MUITO POUCO, 3 = MÉDIO, 4 = MUITO, 5 = 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.

1 = MUITO RUIM, 2 = RUIM, 3 = NEM RUIM NEM BOM, 4 = BOM, 5 = MUITO BOM

15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

1 = MUITO INSATISFEITO, 2 = INSATISFEITO, 3 = NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO, 4 = SATISFEITO, 5 = MUITO SATISFEITO

16	Quão satisfeito(a) você está com 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 à com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

1 = NUNCA, 2 = ALGUMAS VEZES, 3 = FREQUENTEMENTE, 4 = MUITO FREQUENTEMENTE, 5 = SEMPRE

26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

AVALIADOR

AVAlIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA – WHOQOL-BREF

Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp
Av. Limeira, 901 - Caixa Postal 52 - CEP 13414-903 - Piracicaba - SP - Brasil
Fax : (19) 2106-5218 - Telefone (19) 2106-5200

Versão 10/2006

ANEXO 9 – ESCALA MIF



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPEUTICA – ESCALA MIF

AVALIAÇÃO: 1ª () 2ª () 3ª ()

PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___ IDADE: _____ DATA DA AVALIAÇÃO: ___/___/___

ENDEREÇO: _____ TELEFONE: _____

UNIDADE: _____ CUIDADOR PRINCIPAL: _____

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: _____ CID-10: _____

PACIENTE ACAMADO? () NÃO () SIM. HA QUANTO TEMPO? _____

CATEGORIAS	SCORE						
	1	2	3	4	5	6	7
CUIDADOS PESSOAIS							
1. Alimentação							
2. Auto cuidado							
3. Banhar-se							
4. Vestir tronco superior							
5. Vestir tronco inferior							
6. Higiene íntima							
CONTROLE ESFINCTERIANO							
7. Controle vesical							
8. Controle intestinal							
MOBILIDADE / TRANSFERÊNCIAS							
9. Cama / cadeira / cadeira de rodas							
10. Banheiro							
11. Banho chuveiro / banheira							
LOCOMOÇÃO							
12. Andar / cadeira de rodas							
13. Escadas							
COMUNICAÇÃO							
14. Compreensão							
15. Expressão							
COGNITIVO SOCIAL							
16. Interação social							
17. Resolver problemas							
18. Memória							
SCORE TOTAL							

NÍVEL	EQUIVALENTE EM FUNCIONALIDADE
7	Independência completa
6	Independência modificada
5	Supervisão
4	Mínima assistência (realiza até 75%)
3	Moderada assistência (realiza até 50%)
2	Máxima assistência (realiza menos de 50%)
1	Total assistência (realiza menos de 25%)

() 18 pontos: dependência completa (assistência total);

() 19-60 pontos: dependência modificada (assistência até 50% na tarefa);

() 61-103 pontos: dependência modificada (assistência até 25% na tarefa);

() 104-126 pontos: independência completa/modificada.

AVALIADOR

ANEXO 10 – Tabela 4

Tabela 4. Distribuição de medicamentos prescritos e não prescritos do universo de estudo de idosos, segundo gênero e classificação ATC de Santa Cruz do Rio Pardo - SP, 2012.

Variáveis	Gênero				Total	
	F		M			
Classificação	N	%	N	%	N	%
Prescrito						
Agentes antineoplásicos e imunomoduladores	2	0,2	0	0,0	2	0,2
Anti-reumatico	2	0,2	0	0,0	2	0,2
Anti-infecciosos gerais para uso sistêmico	5	0,5	7	0,7	12	1,1
Antibacteriano	5	0,5	7	0,7	12	1,1
Aparelho Cardiovascular	285	26,5	128	11,9	413	38,4
Antianginoso	2	0,2	2	0,2	4	0,4
Antiarritmico	29	2,7	9	0,8	38	3,5
Anti-hipertensivo	134	12,5	63	5,9	197	18,3
Antihistaminico	0	0,0	1	0,1	1	0,1
Antilipemico	16	1,5	8	0,7	24	2,2
Antivaricoso	7	0,7	4	0,4	11	1,0
Diurético	78	7,2	32	3,0	110	10,2
Hipolipemiantes	2	0,2	0	0,0	2	0,2
Vasodilatador	16	1,5	9	0,8	25	2,3
Vasodilatador	1	0,1	0	0,0	1	0,1
Aparelho Digestivo e Metabolismo	158	14,7	59	5,5	217	20,2
Antianemico	4	0,4	0	0,0	4	0,4
Anticonstipante	1	0,1	0	0,0	1	0,1
Antiemetico	6	0,6	1	0,1	7	0,7
Antiespasmodico	4	0,4	2	0,2	6	0,6
Antiflatulento	3	0,3	1	0,1	4	0,4
Antiglicemiante	68	6,3	24	2,2	92	8,6
Antioxidante	1	0,1	0	0,0	1	0,1
Antiulceroso	55	5,1	23	2,1	78	7,2
Laxante	3	0,3	2	0,2	5	0,5
Redutor de Fosforo serico	0	0,0	1	0,1	1	0,1
Suplemento Vitaminico	7	0,7	5	0,5	12	1,1
Suplemento Vitaminico e Mineral	6	0,6	0	0,0	6	0,6
Aparelho Respiratório	28	2,6	11	1,0	39	3,6
Antihistaminico	7	0,7	1	0,1	8	0,7
Antitussígeno	1	0,1	1	0,1	2	0,2
Broncodilatador	17	1,6	9	0,8	26	2,4
Expectorante	1	0,1	0	0,0	1	0,1

continua

continuação

Variáveis	Gênero				Total	
	F		M			
Classificação	N	%	N	%	N	%
Mucolítico	2	0,2	0	0,0	2	0,2
Medicamentos Dermatológicos	1	0,1	0	0,0	1	0,1
Antiséptico	1	0,1	0	0,0	1	0,1
Orgãos dos Sentidos	1	0,1	3	0,3	4	0,4
Antiglaucomatoso	0	0,0	2	0,2	2	0,2
Anti-hipertensivo Ocular	0	0,0	1	0,1	1	0,1
Lubrificante ocular	1	0,1	0	0,0	1	0,1
Preparados hormonais sistêmicos, excluindo hormonas	11	1,0	1	0,1	12	1,1
Anti-tireoidiano	11	1,0	1	0,1	12	1,1
Sangue e órgãos Hematopoiéticos	61	5,7	28	2,6	89	8,3
Antiagregante Plaquetario	59	5,5	27	2,5	86	8,0
Antianemico	1	0,1	1	0,1	2	0,2
Soluções irrigantes	1	0,1	0	0,0	1	0,1
Sistema Musculo - esquelético	11	1,0	10	0,9	21	2,0
Antigotosos	2	0,2	0	0,0	2	0,2
Antihiperuricemico	3	0,3	2	0,2	5	0,5
Relaxante Muscular	6	0,6	8	0,7	14	1,3
Sistema Nervoso	190	17,7	76	7,1	266	24,7
Alzheimer, Demência	6	0,6	3	0,3	9	0,8
Analgésico	32	3,0	12	1,1	44	4,1
Ansiolítico	16	1,5	7	0,7	23	2,1
Ansiolítico	2	0,2	3	0,3	5	0,5
Anticonvulsivante	22	2,0	10	0,9	32	3,0
Antidepressivo	31	2,9	12	1,1	43	4,0
Antiinflamatório	29	2,7	10	0,9	39	3,6
Anti-Parkinsoniano	16	1,5	6	0,6	22	2,0
Antipsicótico	14	1,3	7	0,7	21	2,0
Antivaricoso	3	0,3	0	0,0	3	0,3
Antivertiginoso	19	1,8	5	0,5	24	2,2
Hipnótico	0	0,0	1	0,1	1	0,1
Não prescrito						
Anti-infecciosos gerais para uso sistêmico	1	0,1	0	0,0	1	0,1
Antibacteriano	1	0,1	0	0,0	1	0,1
Aparelho Cardiovascular	0	0,0	1	0,1	1	0,1
Antivaricoso	0	0,0	1	0,1	1	0,1
Aparelho Digestivo e Metabolismo	5	0,5	3	0,3	8	0,7
Antiemético	1	0,1	0	0,0	1	0,1
Antiespasmódico	3	0,3	1	0,1	4	0,4
Antiulceroso	0	0,0	1	0,1	1	0,1

continua

continuação

Variáveis	Gênero				Total	
	F		M			
Classificação	N	%	N	%	N	%
Laxante	1	0,1	1	0,1	2	0,2
Aparelho Respiratório	0	0,0	3	0,3	3	0,3
Broncodilatador	0	0,0	2	0,2	2	0,2
Expectorante	0	0,0	1	0,1	1	0,1
Sangue e órgãos Hematopoiéticos	0	0,0	1	0,1	1	0,1
Antiagregante Plaquetario	0	0,0	1	0,1	1	0,1
Sistema Nervoso	6	0,6	7	0,7	13	1,2
Analgésico	4	0,4	4	0,4	8	0,7
Anticonvulsivante	0	0,0	1	0,1	1	0,1
Antiinflamatório	2	0,2	0	0,0	2	0,2
Anti-Parkinsoniano	0	0,0	1	0,1	1	0,1
Antipsicótico	0	0,0	1	0,1	1	0,1

ANEXO 11 – Tabela 6

Tabela 6. Número de agravos diagnosticados no idoso, segundo a Classificação CID -10 de Santa Cruz do Rio Pardo, 2012.

Variáveis	N	%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5	1,1
Doença de Chagas	3	0,7
Filariose	1	0,2
Seqüelas de poliomielite	1	0,2
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	6	1,3
Úlcera dos membros inferiores não classificada em outra parte	6	1,3
Doenças do aparelho circulatório	169	37,3
Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico.	52	11,5
Arritmia cardíaca não especificada	2	0,4
Doença cardíaca hipertensiva	1	0,2
Hipertensão essencial (primária)	87	19,2
Infarto antigo do miocárdio	0	0,0
Insuficiência cardíaca	6	1,3
Insuficiência cardíaca não especificada	3	0,7
Insuficiência venosa (crônica) (periférica)	11	2,4
Outras formas de doença cardíaca pulmonar	1	0,2
Outros transtornos das veias	3	0,7
Doenças do aparelho digestivo	4	0,9
Doença de refluxo gastroesofágico	1	0,2
Hérnia inguinal	1	0,2
Outras doenças do fígado	1	0,2
Outras formas de cirrose hepática e as não especificadas	1	0,2
Doenças do aparelho geniturinário	4	0,9
Insuficiência renal crônica	3	0,7
Outras doenças renais túbulo-intersticiais	1	0,2
Doenças do aparelho respiratório	8	1,8
Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	1	0,2
Doença pulmonar obstrutiva crônica com exacerbação aguda não especificada	4	0,9
Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	3	0,7
Doenças do olho e anexos	15	3,3
Cegueira e visão subnormal	15	3,3
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	6	1,3
Labirintite	6	1,3
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	2	0,4

Continua

Continuação

Variáveis	N	%
Anemia por deficiência de ferro	2	0,4
Doenças do sistema nervoso	27	6,0
Compressão não especificada de medula espinal	1	0,2
Degeneração do sistema nervoso devida ao álcool	1	0,2
Doença de Alzheimer	14	3,1
Doença de Parkinson	9	2,0
Epilepsia	1	0,2
Paralisia cerebral	1	0,2
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	56	12,4
Artrite reumatóide não especificada	1	0,2
Ciática	2	0,4
Coxartrose [artrose do quadril]	5	1,1
Gonartrose [artrose do joelho]	16	3,5
Gota	2	0,4
Osteoporose com fratura patológica	1	0,2
Osteoporose sem fratura patológica	5	1,1
Outras artroses	16	3,5
Poliartrose	4	0,9
Transtornos dos discos cervicais	4	0,9
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	57	12,6
Diabetes mellitus insulino-dependente	6	1,3
Diabetes mellitus insulino-dependente - com complicações múltiplas	1	0,2
Diabetes mellitus não-insulino-dependente	44	9,7
Distúrbios do metabolismo de lipoproteínas e outras lipidemias	3	0,7
Distúrbios do transporte de aminoácidos	1	0,2
Obesidade	1	0,2
Outros hipotireoidismos	1	0,2
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	11	2,4
Ausência adquirida de membros	8	1,8
Uso de álcool	1	0,2
Uso do tabaco	2	0,4
Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas	29	6,4
Fratura da coluna lombar e da pelve	1	0,2
Fratura da perna, incluindo tornozelo	4	0,9
Fratura de outras partes da coluna lombossacra e da pelve e de partes não especificadas	1	0,2
Fratura do fêmur	23	5,1
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	1	0,2

Continua

Continuação

Variáveis	N	%
Outras osteocondrodysplasias	1	0,2
Neoplasmas (tumores)	7	1,5
Linfoma não-Hodgkin difuso	1	0,2
Neoplasia benigna das meninges	1	0,2
Neoplasia maligna da próstata	1	0,2
Neoplasia maligna do esôfago	1	0,2
Neoplasia maligna do intestino delgado	1	0,2
Neoplasia maligna do ovário	1	0,2
Outras neoplasias malignas da pele	1	0,2
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	34	7,5
Dificuldade para andar não classificada em outra parte	1	0,2
Senilidade	33	7,3
Transtornos mentais e comportamentais	12	2,6
Demência não especificada	4	0,9
Esquizofrenia	2	0,4
Transtorno depressivo recorrente	5	1,1
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo	1	0,2

ANEXO 12– Tabela 13

Tabela 13. Número de agravos diagnosticado no cuidadores de idosos, segundo a Classificação CID-10 de Santa Cruz do Rio Pardo - SP, 2012.

Variáveis	N	%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4	3,0
Actinomicose	1	0,8
Hepatite viral não especificada	1	0,8
Seqüelas de poliomielite	2	1,5
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2	1,5
Pênfigo	1	0,8
Prurido	1	0,8
Doenças do aparelho circulatório	42	31,3
Angina pectoris	1	0,8
Complicações de cardiopatias e doenças cardíacas mal definidas	6	4,5
Hipertensão essencial (primária)	32	23,9
Insuficiência cardíaca	1	0,8
Outros transtornos do aparelho circulatório e os não especificados	1	0,8
Varizes de outras localizações	1	0,8
Doenças do aparelho digestivo	3	2,2
Estomatite e lesões correlatas	1	0,8
Outras doenças da vesícula biliar	1	0,8
Outras Gastrites	1	0,8
Doenças do aparelho geniturinário	3	2,2
Calculose do rim e do ureter	1	0,8
Insuficiência renal não especificada	1	0,8
Outras afecções da próstata	1	0,8
Doenças do aparelho respiratório	3	2,2
Bronquite não especificada como aguda ou crônica	1	0,8
Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	1	0,8
Sinusite crônica	1	0,8
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	6	4,5
Labirintite	5	3,7
Outras perdas de audição	1	0,8
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	2	1,5
Doenças do baço	1	0,8
Outras anemias	1	0,8
Doenças do sistema nervoso	3	2,2
Enxaqueca	1	0,8
Epilepsia	1	0,8
Outros transtornos do sistema nervoso central	1	0,8
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	29	21,6

Continua

Continuação

Variáveis	N	%
Artrose não especificada	1	0,8
Dorsalgia	14	10,5
Escoliose	2	1,5
Esporão do calcâneo	1	0,8
Osteomielite não especificada	4	3,0
Osteoporose em doenças classificadas em outra parte	1	0,8
Outras artrites	3	2,2
Outros transtornos das sinóvias e dos tendões	1	0,8
Transtornos dos discos cervicais	2	1,5
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	24	17,9
Diabetes mellitus não especificado	15	11,2
Distúrbios metabólicos	1	0,8
Outros hipotireoidismos	1	0,8
Outros transtornos da tireóide	6	4,5
Transtornos nutricionais e metabólicos em doenças classificadas em outra parte	1	0,8
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	1	0,8
História pessoal de neoplasia maligna	1	0,8
Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas	1	0,8
Fratura da perna, incluindo tornozelo	1	0,8
Neoplasmas (tumores)	1	0,8
Neoplasia maligna do pâncreas	1	0,8
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	2	1,5
Dor não classificada em outra parte	1	0,8
Mal estar, fadiga	1	0,8
Transtornos mentais e comportamentais	8	6,0
Episódios depressivos	8	6,0

