

Análise das relações entre qualidade de vida e sobrecarga de cuidadoras de idosos de Assis, SP¹

Analysis of quality of life and burden of female caretakers for elder people in Assis, interior of São Paulo, Brazil

Carina Alexandra Rondini*

Universidade Estadual Paulista – UNESP, Assis, São Paulo, Brasil

José Sterza Justo**

Universidade Estadual Paulista – UNESP, Assis, São Paulo, Brasil

Fernando Silva Teixeira Filho***

Universidade Estadual Paulista – UNESP, Assis, São Paulo, Brasil

José Antonio Caruso de Lucca****

Universidade Estadual Paulista – UNESP, Assis, São Paulo, Brasil

Patrícia Aparecida de Oliveira****

Universidade Estadual Paulista – UNESP, Assis, São Paulo, Brasil

RESUMO

Neste artigo, derivado de uma pesquisa de campo, procuramos traçar o perfil do cuidador informal de idosos da cidade de Assis, analisando as relações entre a qualidade de vida (QV) e índices de sobrecarga (IS) decorrente dos afazeres de cuidado. Por inquérito amostral domiciliar, realizamos um estudo transversal, no qual foram entrevistadas, por meio de questionário estruturado e escalas padronizadas, 165 cuidadoras informais de idosos, maiores de 18 anos, residentes na zona urbana. De um modo geral, elas não se sentem muito sobrecarregadas com a tarefa de cuidar de um idoso, no espaço doméstico e, ainda, apresentam índices razoáveis de QV, auferidos pelos instrumentos utilizados. Houve variações nos IS e QV, em relação aos marcadores sociais de diferença (classe social, nível educacional, geracional, grau de parentesco) e morar ou não junto com o ente cuidado. Além disso, constatamos uma correlação negativa bastante significativa entre IS e QV, isto é, quanto maior a percepção de sobrecarga, menor é a avaliação da QV. É necessário um investimento em políticas públicas de saúde que atuem diretamente na minimização das desigualdades encontradas nas relações entre esses marcadores, otimização da rede de cuidados e serviços de saúde.

Palavras-chave: Idosos; Cuidadores Informais; Qualidade de Vida; Sobrecarga.

ABSTRACT

This study aimed to draw the profile of informal caretakers in the city of Assis, SP, analyzing the relationships between quality of life (QL) and burden rates (BR) due to the care tasks. It is a Sample Study of the traverse type, in which 165 female informal caretakers, above 18 years old, residents in the urban area were interviewed through a structured questionnaire and standardized scales. We observed that the caretakers of our sample do not feel themselves too much burdened and, yet they present reasonable indexes of quality of life. However, differences in the rates of burden and quality of life were observed when considering social markers (social class, educational level, generation and parenthood), living or not with the person who is being cared. Besides, we found a significant negative correlation between BR and QL, that is, as higher the burden perception, as lower the QL evaluation. These inequalities urge for new studies and reflections in what concerns public policies in the sense of supporting and improving home care.

Keywords: Elderly; Family Caretakers; Quality of Life; Burden.

1 Introdução

O crescente envelhecimento populacional no mundo, e mais recentemente, no Brasil, desafia-nos a enfrentar essa nova realidade com soluções criativas e viáveis. Projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009) evidenciam que os idosos no Brasil, no período de 1950 a 2025, deverão ter aumentado em 15 vezes, enquanto o restante da população, em cinco. Assim, o Brasil será o sexto país em número de idosos em 2025, devendo ter cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2002).

Assis, cidade situada no Sudoeste do Estado de São Paulo, tem registrado um envelhecimento populacional mais acentuado que o verificado no país. Os últimos dados censitários oficiais mostram que, enquanto Assis registra uma população de 87.251 habitantes, sendo 10.142 (11,6%) pertencentes à faixa etária de 60 anos ou mais, o país conta com uma população de 169.799.170 habitantes, sendo 14.536.029 (8,6%) dessa mesma faixa etária (CENSO, 2000).

No caso de Assis, é importante assinalar que o envelhecimento de sua população não é um fenômeno recente. Ele já ocorre há bastante tempo e progrediu, de forma mais acentuada, até a década de 1980, sendo que na década de 1990 houve um declínio significativo. De 1960 a 1990, a taxa de crescimento da população acima de 60 anos foi de aproximadamente 4%, a cada década, ao passo que o Censo de 2000 registrou uma taxa de apenas 2,49%. Uma das explicações possíveis para o declínio das taxas de crescimento da população de idosos, segundo Mendes e Guidugli (2006, p. 16), é a de que a cidade já teria atingido o ápice do fenômeno e obtido um índice bastante elevado, que não teria como avançar ainda mais. No entanto, esses mesmos autores alertam que, pelos dados do Censo de 2000, se a

coorte etária da faixa de 50 a 59 anos tiver uma boa taxa de sobrevivência, na corrente década, deverá duplicar o número de idosos.

Com o processo de envelhecimento, ocorrem alterações funcionais que, embora variem diferentemente de um indivíduo para outro, são encontradas em todos os idosos e são próprias de um processo biológico, acarretando, muitas vezes, o surgimento de condições crônicas de saúde e suas possíveis sequelas debilitantes. Assim, também é de se esperar que aumente o número de idosos dependentes inseridos nos meios social e familiar (SILVA; GALERA; MORENO, 2007, p. 398).

Nesse contexto, surge a figura do cuidador familiar, que é a pessoa com algum grau de parentesco com o idoso, sem formação específica para exercer essa atividade. O cuidador familiar, geralmente, reside na mesma casa e se encarrega de prestar ajuda, quando necessária, nas atividades diárias do idoso, tais como higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde, religiosos, bancos e/ou farmácias (YUASO, 2002, p. 166). Geralmente, a função de cuidador é assumida por uma única pessoa, denominada cuidador principal, existindo uma tradição cultural para que esse cuidador seja uma mulher, a qual se encontra, na maioria das vezes, já sobrecarregada por outras tarefas (DIOGO; DUARTE, 2002).

Desse modo, trata-se de uma tarefa majoritariamente exercida por mulheres/esposas/irmãs. Cuidar de outrem, ainda mais quando o outro é um familiar e a tarefa é realizada no ambiente doméstico, transforma-se num acontecimento bastante complexo, sujeito a muitas variáveis intervenientes, dentre as quais as atribuições social e culturalmente construídas para os sexos e que são vividas como atributos naturais de cada um, quando, na verdade, são construções sociais cunhadas para regular as relações de poder entre os gêneros. Foucault (1979), em seu clássico texto sobre *O Nascimento do Hospital*, demonstrou que, a partir do século XVIII, a disciplina foi a força suficiente para modelar os corpos e os novos modelos de atendimento/cuidados (medicalização) às pessoas doentes. Tal disciplina agenciou três séries, até então independentes: a medicina (que se desenvolvia longe dos hospitais), o exército (que contribuiu para a hierarquização das relações dentro dos hospitais) e a religião (que anteriormente se ocupava das pessoas doentes, no sentido de "acompanhá-las" até a morte). Segundo o autor, "pela disciplinarização do espaço médico [o hospital], pelo fato de se poder isolar cada indivíduo, colocá-lo em um leito, perscrever-lhe um regime, etc., pretende-se chegar a uma medicina individualizante. Efetivamente, é o indivíduo que será observado, seguido, conhecido e curado" (idem, p. 111). A partir disso, pode-se entender que o modelo disciplinar de acompanhamento, cuidado e observação será transportado do hospital para os domicílios, o que exigirá do cuidador

uma abnegação de muitas atividades que exercia antes do surgimento da doença de seu familiar. Em decorrência, há que se lembrar que, na junção das séries, a medicina, enquanto saber, estava sob a guarda dos homens e os cuidados das pessoas doentes, durante séculos, ficou ao encargo de padres e freiras. A série militar, juntando-se a essas, reproduz a hierarquia dos gêneros, de modo que, por muitos anos, a medicina foi exercida exclusivamente pelos homens e a enfermagem exclusivamente pelas mulheres. Neste caso, portanto, não é de se admirar que se criasse em torno do “feminino” uma “verdade” sobre o cuidado, e do “masculino”, uma “verdade” sobre o saber sobre a doença. Dentro dessa lógica genealógica sobre o poder, encontramos ainda o papel da família (legitimada pelos laços de sangue e/ou jurídicos) e as atribuições específicas de seus membros.

A família nuclear, invenção do século XVIII, atribuiu novos papéis aos homens, às mulheres e às crianças. Desde o século XV, inicia-se uma lenta transformação nos costumes de convivência familiar e nos cuidados com a criança. A família organiza-se em volta da educação informal e escolar da criança e praticamente toda a sociedade, hoje, sabe da importância da educação na formação do adulto e do cidadão. A vida familiar irá, desse ponto em diante, substituir as relações coletivas, os agregados das massas, para dobrar-se em sua interioridade. Nasce assim a intimidade como um “sentimento natural”, pois que também é percebido como “natural” o sentimento de identidade, de união pelo amor romântico na constituição das famílias e geração dos filhos (TEIXEIRA-FILHO, 2005, p. 148). Do mesmo modo, exacerbam-se os cuidados com a saúde das crianças. Costa (1986, p. 51) irá nos mostrar que o Estado moderno, “voltado para o desenvolvimento industrial, tinha necessidade de um controle demográfico e político da população adequado àquela finalidade. Esse controle, exercido junto às famílias, buscava disciplinar a prática anárquica da concepção e dos cuidados físicos dos filhos, além de, no caso dos pobres, prevenir as perigosas consequências políticas da miséria e do pauperismo”. Nesse sentido, vemos que as famílias, com o incentivo do Estado, passam a ser responsáveis pelos cuidados de seus membros. Como condição necessária para vencer a mortalidade infantil, que gerava perdas irreparáveis para o Estado, ele mesmo, baseado nos discursos filosóficos, religiosos e “científicos” (Medicina) da época, investiu poderosamente na invenção do sentimento de infância e de uma suposta naturalidade do amor materno, que propiciasse à criança um tempo maior de contato com sua mãe “natural” (e não as amas-de-leite), porque se acreditava que assim sua sobrevivência pudesse ser mais garantida (TEIXEIRA-FILHO, 2005, p. 157).

Nesse período, portanto, o ideário da família burguesa foi construído com pungência em função da sobreposição de três discursos distintos

sobre a subjetividade da mulher, do homem e da criança. A saber: o discurso econômico, dirigido apenas aos homens esclarecidos e sustentado pelas práticas de conservação dos corpos já instaurada pela aliança Medicina-Hospital-Estado; o discurso filosófico, comum aos dois sexos, que impunha maior autoridade ao pai sobre a prole e sobre a mulher; e, por fim, o discurso dirigido exclusivamente às mulheres, cunhado por moralistas e religiosos. Assim, segundo Badinter (1985, p. 186), foram produzidos diversos discursos no sentido de convencer as mulheres a cuidarem de seus filhos (amamentá-los, deixá-los saudáveis e incentivá-los à educação). Consequentemente, a mulher “apaga-se” em favor do papel de “boa mãe” que, doravante, terá suas responsabilidades cada vez mais reconhecidas e, nesse fim do século XVIII, é em primeiro lugar a higiene e a saúde do bebê que exigem a atenção da mãe. Do mesmo modo, se o Estado investia no “futuro”, por meio da educação da criança, precisou também dar conta daqueles que envelheciam e, por conseguinte, não eram mais produtivos dentro da lógica do capital. Quem iria cuidar deles? Em uma manobra ideológica importante, associou-se simbolicamente a figura da criança à figura do idoso naquilo que artificialmente lhe foi atribuído como um dado natural: a dependência em relação outro.

Nessa perspectiva, ao longo dos séculos, a mulher assume para si a maternidade, a maternagem e a posição de cuidadora no seio da família e o que isso simbolicamente significa, perante a família e o Estado: o papel de “boa mãe”. Diante da opressão causada pelos discursos, ela percebe que, por meio da maternidade, poderá atingir a igualdade e a felicidade em relação aos homens. Fosse rica, abastada ou pobre, a mulher do fim do século XVIII e, sobretudo, a do século XIX, aceitou, com maior ou menor rapidez, o papel da “boa mãe” e “cuidadora” já que sua condição social lhe permitia assumir um lugar de poder dentro de sua casa (TEIXEIRA-FILHO, 2005, p. 165). Assim, chegamos à compreensão do modo como, ainda hoje, passados séculos, em países em processo de industrialização, a questão dos cuidados domiciliares para com os idosos está sob a responsabilidade das mulheres e, em especial, das esposas seguidas das noras, irmãs e filhas. Dessa maneira, junto ao sentimento de obrigação e gratidão, realiza-se também o poder de opressão do masculino com respeito ao feminino, na sua forma de controle e destaque nas relações sociais, ainda que isso implique para muitas mulheres a abdicação de seus desejos profissionais.

Muitos estudos apontam para o fato de que essas atividades acabam afetando a saúde do/a cuidador/a e, por consequência, a sua qualidade de vida (ALMEIDA; DANTAS; COSTA; MOREIRA, 2007).

A expressão qualidade de vida foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, ao declarar que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço

dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (Organização Mundial da Saúde, 1998).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a qualidade de vida (QV) pode ser definida como a percepção de um indivíduo em relação à sua posição na vida, no contexto de sua cultura e valores; e em relação aos seus objetivos, expectativas e padrões, ainda podendo ser influenciada pela saúde física, pelo estado psicológico, pelo nível de independência, pelas relações sociais, pelos fatores ambientais e pelas crenças pessoais do indivíduo. O conceito de QV tem base subjetiva. Assim sua descrição não deve refletir as opiniões de profissionais de saúde ou de familiares do indivíduo, ou mesmo ser relacionada à mensuração das condições físicas ou bens materiais da pessoa. A avaliação da QV deve sim ser capaz de indicar o grau de satisfação pessoal do indivíduo.

O ato de cuidar acarreta mudanças bruscas na vida do/a cuidador/a, que tem sua rotina modificada completamente. Em alguns casos, os/as cuidadores/as chegam a negligenciar o cuidado consigo mesmos/as, em virtude da sobrecarga sofrida, deixando de lado sua própria vida (RODRIGUES; WATANABE; DERNTL, 2006, p. 499). No caso dos/das cuidadores/as familiares que direcionam para si todas as atividades relacionadas ao cuidado, estes podem manifestar sentimentos de desconforto e solidão pela falta de apoio dos familiares, gerando uma crise no seu desempenho (LUZARDO; 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 no âmbito físico, psicológico, social e financeiro (CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2002). Essa parcela da população brasileira, idosos e seus cuidadores, tem sido alvo de políticas públicas, por exemplo, no âmbito legal, destinadas a auxiliá-los e protegê-los. Dentre outras ações legais, destaca-se a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), que visa à promoção do envelhecimento saudável, à prevenção de doenças, à recuperação da saúde, à preservação/melhoria/reabilitação da capacidade funcional dos idosos. Ainda como diretrizes da PNSI, deve-se ressaltar o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais, que busca a promoção de parcerias entre os profissionais de saúde e as pessoas próximas aos idosos responsáveis pelos cuidados diretos. As pessoas envolvidas deverão receber dos profissionais de saúde os esclarecimentos e as orientações necessárias, inclusive quanto à doença com a qual estão lidando, bem como informações sobre como acompanhar o tratamento, por escrito (ROGRIGUES; KUSUMOTA; MARQUES; FABRÍCIO; ROSSET-CRUZ; LANGE, 2007).

Embora essas medidas estejam preconizadas na legislação brasileira, não têm sido implementadas na mesma velocidade com que a população envelhece. Ações pontuais começam a ser colocadas em

prática, nos grandes centros do país. Um exemplo é o Guia Prático para Cuidadores de Idosos, lançado pelo Ministério da Saúde, em 2008, cuja distribuição está prevista, porém, apenas em cidades com população maior que 500 mil habitantes.

Disseminar informações sobre o envelhecimento e instruções sobre como tratar o idoso é uma medida importante, dentre tantas outras que se colocam no amplo espectro das ações e políticas públicas de apoio e orientação aos cuidadores, nas diferentes situações e condições em que atuam. Para tanto, é necessário conhecer os contextos de cuidado, principalmente aqueles que se organizam na diversidade atual das configurações familiares e dos espaços domésticos.

Dessa forma, por inquérito amostral domiciliar, buscamos traçar o perfil de cuidadoras familiares de idosos da cidade de Assis, localizada no interior do Estado de São Paulo, analisando as relações entre qualidade de vida e sobrecarga decorrente dos afazeres de cuidado.

2 Metodologia

Trata-se de um estudo amostral, de base domiciliar, do tipo transversal, realizado em outubro de 2008, no qual foram entrevistadas, por meio de questionário estruturado e escalas padronizadas, cuidadoras familiares de idosos, maiores de 18 anos e residentes na zona urbana de Assis.

2.1 Participantes

A amostra final, por conveniência, foi composta por 165 cuidadoras, em sua maioria casadas, e parentes (filhas) do ente cuidado, distribuída em sete zonas geográficas, de acordo com critérios socioeconômicos da cidade, gerados com base nos setores censitários (CENSO, 2000).

Foram critérios de inclusão deste trabalho cuidadores/as com idade igual ou superior a 18 anos e não remunerados/as pela tarefa de cuidar, independentemente da enfermidade do/a idoso/a.

As equipes de campo foram formadas por quartanistas (voluntários) do curso de Psicologia da UNESP/Assis. Elas foram divididas entre os estratos da cidade e ali realizaram visitas domiciliares, num período de 15 dias. Caso não encontrassem, no domicílio visitado, um/a cuidador/a informal ou o/a mesmo/a não aceitasse ou não pudesse (menor de 18 anos) participar do estudo (critérios de exclusão), outro/a cuidador/a era procurado/a no domicílio seguinte. Nos casos em que o/a cuidador/a não se encontrava, foi realizada nova visita. Foram excluídos/as do estudo os/as cuidadores/as pagos/as pelo ato

de cuidar e/ou quando não foi possível identificar o/a cuidador/a principal.

Nesse sentido, um total de 44 questionários foram descartados ou por haver problemas no seu preenchimento, ou por não se tratar de cuidador/a informal, ou por não ser familiar. Desse total, 20 cuidadores eram do sexo masculino e foram descartados, por não atingirem um número mínimo suficiente para tornar o gênero masculino representativo. Em decorrência, a amostra foi formada apenas por pessoas do sexo feminino.

2.2 Instrumentos de pesquisa e coleta de dados

O SF-36 (CICONELLI; FERRAZ; SANTOS; MEINÃO; QUARESMA, 1999) foi o instrumento utilizado para estimar a qualidade de vida dos cuidadores. Esse instrumento é composto por 11 questões e 36 itens, que englobam oito domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. O participante recebe um escore em cada domínio, que varia de 0 a 100, sendo 0 o pior escore e 100 o melhor (PIMENTA; SIMIL; TÔRRES; AMARAL; REZENDE; COELHO; REZENDE, 2008).

Para estimar a sobrecarga do cuidador, foi empregado o *Zarit Caregiver Burden Interview* (WESTPHAL; ALONSO; SILVA; AZEVEDO; CABOCLO; GARZON; SAKAMOTO; YACUBIAN, 2005) (ZBI). O ZBI é um instrumento composto por 22 itens que avaliam a relação cuidador-paciente, a condição de saúde, o bem-estar psicológico, finanças e vida social. O escore total da escala é obtido adicionando todos os itens. Quanto maior o escore, que varia de 0 a 88, maior a sobrecarga (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008).

O questionário final contou ainda com questões que abordavam características sociodemográficas dos/as participantes. A equipe fazia as perguntas aos/às cuidadores/as e, na sequência, preenchia o questionário conforme a resposta dada. Vale ressaltar que as entrevistas eram feitas sem a presença da pessoa cuidada, para se evitar interferências nas respostas.

2.3 Tratamento estatístico

Para as variáveis qualitativas, utilizou-se o teste Qui-Quadrado de Pearson e, para as variáveis quantitativas, foram empregados os testes t e Anova, seguido pelo teste *post hoc* de Tukey, para amostras independentes, e a correlação de Spearman, com intervalo de confiança de 95% e nível de significância estatística de 5%.

2.4 Questões éticas

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer nº 146/2008, do Hospital Regional de Assis/SP, que atende às recomendações contidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes receberam explicações a respeito do estudo e, ao concordarem com a participação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3 Resultados

3.1 Perfil da Amostra

As participantes possuem idade média de 52 anos ($dp = 13.2$), em sua maioria (63.6%) filhas do idoso, dentre as quais 46.7% são casadas. A maior parte delas, 131 (79.4%), mora com o idoso. A escolarização mais frequente foi o Ensino Fundamental (completo ou não) com 50.9%, seguida do Ensino Médio (completo ou não) com 29,7%. Apenas 4,2% da amostra são analfabetos, enquanto 15.2% possuem Ensino Superior (completo ou não). Em relação à classe social das envolvidas, 28.5% pertencem à classe A (população em boas condições de vida), 19.4%, à classe B (população em boas condições de vida, mas com alguns déficits), 18.8% são da classe C (população com condições de vida classificada como regular) e os 33.3% restantes, da classe D, classificados como em condição de vida ruim. A amostra está composta por 24 esposas, 105 filhas, 8 irmãs, 10 noras, 8 netas, 5 sobrinhas e 5 "outras", isto é, 2 cunhadas, 1 ex-mulher, 1 companheira e 1 amasiada. Outras características sociodemográficas das participantes estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas de uma população de cuidadoras familiares de idosos de Assis, SP (n = 165), 2008.

Característica	n	%
Faixa etária		
20 - 42	36	21.8
43 - 52	49	29.7
53 - 61	41	24.8
> 61	39	23.6
Estado civil		
Solteira	34	20.6
Casada/Amasiada	93	56.4
Viúva	22	13.3
Separada/Desquitada/Divorciada	16	9.7
Há rodízio ou substituição no cuidado?		
Sim	53	32.1
Não	90	54.5
Às vezes	22	13.3
Exerce outras atividades além do cuidado com o idoso?		
Sim	86	52.1
Não	79	47.9

Dentre as participantes que declararam exercer outras atividades além do cuidado com o idoso, estão: diaristas, manicures, cabeleireiras, bordadeiras, vendedoras de cosméticos, doceiras, lavadeiras e passadeiras, cozinheiras, artesãs, e as que se declararam do lar.

3.2 Análise da sobrecarga

A escala de avaliação da sobrecarga ZBI variou de 0 a 71, com média de 26,3 (dp = 13,7), o que indica que as cuidadoras participantes, em média, não referiram altos índices de sobrecarga. O *alpha de Cronbach* para a escala ZBI foi de 0,82, demonstrando bom índice de consistência dos dados para a amostra estudada (PESTANA; GAGEIRO, 2005, p. 526). Embora, proporcionalmente, o número de cuidadoras que não mora com a pessoa cuidada seja menor, é importante destacar que parece haver uma tendência, ainda que sem significância estatística, de que morar com o idoso aumenta em média o nível de sobrecarga do cuidador (Tabela 2).

Mesmo que sem significância estatística, observou-se que cuidadoras que não contam com rodízio ou substituição no cuidado apresentaram maior sobrecarga em relação àquelas que o possuem. Nenhuma diferença foi verificada em relação à sobrecarga de cuidadoras que exercem ou não outras atividades, além do cuidado com o idoso.

Tabela 2. Valores da escala de avaliação da sobrecarga em uma população de cuidadoras familiares de idosos de Assis, SP (n = 165), 2008.

	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Mora com a pessoa cuidada? ¹				
Sim	27.2	13.9	3	71
Não	23.1	12.7	0	60
Há rodízio ou substituição no cuidado? ²				
Sim	25.1	12.7	4	56
Não	27.7	14.3	0	71
Às vezes	23.7	13.7	3	58
Exerce outras atividades, além do cuidado com o idoso? ³				
Sim	25.9	13.6	3	60
Não	26.9	13.8	0	71

¹ Teste de Levene: F=0.986, p=0.322; t=1.569, p=0.119.

² F=1.064, p=0.347.

³ Teste de Levene: F=0.084, p=0.772; t=-0.467, p=0.641.

Também não foi encontrada diferença significativa entre o escore de sobrecarga e a classe social; contudo, as cuidadoras pertencentes à classe C apresentaram maior sobrecarga (média=29.6; dp=15.7), seguidas das da classe B (média=27.8; dp=13.6), D (média=25.3; dp=12.9) e A (média=24.4; dp=13.2).

Com respeito à escolaridade das cuidadoras, as que possuem Ensino Fundamental (completo ou não) foram as que apresentaram maior sobrecarga (média=28.6; dp=13.3). Aquelas que têm o Ensino Superior (completo ou não) obtiveram menor escore de sobrecarga (média=23.0; dp=15.5).

Para as casadas e para as separadas, desquitadas ou divorciadas, o escore de sobrecarga também é maior, comparativamente com as demais, (média=26.7; dp=14.6) e (média=30.0; dp=14.5), respectivamente.

Encontramos diferença estatisticamente significativa nos escores de sobrecarga para a idade das cuidadoras (F=3.198; p=0.025). Cuidadoras na faixa etária dos 43 a 52 anos demonstraram, em média, maiores escores de sobrecarga (média=29.6; dp=13.2), comparativamente às cuidadoras na faixa etária dos 53 a 61 anos (média=22.3; dp=13.3), p=0.05 (teste *post hoc* de Tukey). A sobrecarga é igualmente maior para cuidadoras com mais de 61 anos (média=29.0; dp=14.9).

Realizou-se ainda uma análise do grau de parentesco da cuidadora com o/a idoso/a e sua possível sobrecarga. Em decorrência, verificou-se que as esposas e as irmãs apresentaram escores mais elevados de sobrecarga, respectivamente: média=30.7; dp=14.7 e média=28.5; dp=21.0.

Quase a metade das participantes, 82 (49.7%), disse que, de alguma forma, por causa do tempo empreendido no cuidar, sente não ter tempo suficiente para si própria; 53 (32.3%) afirmam que sua saúde foi afetada por causa de seu envolvimento com a pessoa cuidada; 86

(52.5%) se dizem estressadas por cuidar do idoso e ter suas outras responsabilidades com a família. Quarenta e uma (24.8%) mostraram preocupação em se tornar incapazes de continuar o cuidado, por muito tempo, ao passo que 39 (23.8%) delas afirmaram sentir que perderam, de alguma maneira, o controle da própria vida, por conta do cuidado, e 35 (21.2%) declararam que gostariam de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse do idoso.

Em relação aos sentimentos que o cuidador tem para com a pessoa cuidada, 65 (39,4%) revelaram sentir que o idoso pede mais ajuda do que realmente necessita; 104 (63.5%) sentem receio pelo futuro do idoso; 93 (56.3%) cuidadoras disseram sentir que poderiam fazer mais pelo idoso, enquanto 81 (49.7%) pensam que poderiam estar cuidando melhor dele.

No que tange ao aspecto social, 29 (17.5%) dos cuidadores disseram sentir que a pessoa cuidada afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos, 63 (38.2%) lamentaram não ter tanta privacidade como gostariam, por conta da pessoa cuidada, 58 (35.1%) afirmaram que sua vida social tem sido prejudicada, pela tarefa de cuidar e, finalmente, 22 (13.4%) confessaram não ficar à vontade para ter visitas em casa, por causa da pessoa cuidada.

Quando inquiridas sobre uma possível sobrecarga de trabalho por cuidar do idoso, 60 (36,6%) disseram que nem um pouco, 53 (32,3%) um pouco e 31 (18,9%) moderadamente.

Buscando-se elucidar o quanto essas cuidadoras estavam sobrecarregadas, criou-se uma nova variável, denominada codependência, entendida como a metapercepção da dependência do outro – aquele/a que é cuidado/a) em relação a si (o/a cuidador/a). A codependência, assim definida, foi aferida como nenhuma ou muita, quando as pessoas responderam nunca/raramente ou frequentemente/sempre, respectivamente, para os seguintes questionamentos: O Sr./Sr^a sente que o idoso depende do Sr./Sr^a?; O Sr./Sr^a sente que o idoso espera que o Sr./Sr^a cuide dela/dele, como se fosse o Sr./Sr^a a única pessoa de quem ela/ele possa depender?; e O Sr./Sr^a sente que o idoso pede mais ajuda do que ele/ela realmente necessita?

Do total, 25 participantes declararam algum grau de codependência, sendo que 72.0% delas percebendo muita codependência, por parte da pessoa cuidada. Elas apresentaram escore de sobrecarga mais elevado (média=40.2; dp=12.6), quando comparadas às demais (média=7.6; dp=4.4).

3.3 Análise da qualidade de vida

O mais baixo escore de qualidade de vida foi observado para o domínio estado geral de saúde e o melhor para aspectos sociais

(Tabela 3). Os coeficientes *alfa de Cronbach* para os oito domínios da escala SF-36 apresentaram bons índices de consistência interna. A escala total exibiu um *alfa de Cronbach* de 0.838.

Tabela 3. Valores dos domínios avaliados pelo SF-36 e <i>Alfa de Cronbach</i> em uma população de cuidadoras familiares de idosos de Assis, SP (n = 165), 2008.			
	Média	Desvio padrão	Alfa de Cronbach
Capacidade funcional	73,0	27,1	0.821
Aspectos físicos	66,2	37,5	0.798
Dor	57,2	28,5	0.808
Estado geral de saúde	46,6	11,0	0.860
Vitalidade	56,2	23,7	0.806
Aspectos sociais	74,0	27,0	0.805
Aspectos emocionais	58,8	44,5	0.826
Saúde mental	62,6	24,4	0.813

Cuidadoras que não moram com o ente cuidado obtiveram um escore melhor para o estado geral de saúde (média=49.4; dp=10.6), comparadas àquelas que moram (média=45.9; dp=11.1), embora isso ainda represente baixa qualidade para o domínio em questão, e não tenha sido observada significância estatística.

O inverso foi notado para o domínio dos aspectos emocionais. Aquelas que residem com a pessoa de quem cuidam tiveram uma média=59.8 (dp=43,7), nesse domínio, enquanto aquelas que não residem na mesma casa tiveram uma média de 54,9 pontos (dp=47,8). O escore no domínio saúde mental seguiu a mesma tendência. As residentes obtiveram uma média de 63.1 pontos (dp=25.5) e as não residentes, 61.0 (dp=20.0). Aquelas que moram com a pessoa cuidada, portanto, apresentaram melhores escores, indicando que há uma relação entre o fato de residir ou não com o idoso e aspectos emocionais e outros referentes à saúde mental.

Aquelas que exercem outra atividade, além do cuidado, também demonstraram melhores índices de qualidade de vida quanto ao domínio da saúde mental: média de 63.7 (dp=23.7) contra a média de 61.5 (dp=25.2). O inverso aconteceu com o estado geral de saúde. Aquelas que exerciam outra atividade apresentaram uma média de 45.3 pontos (dp=10.5) e aquelas que não exerciam outra atividade, uma média=48.1 pontos (dp=11.5). Para os aspectos emocionais, não foram verificadas diferenças: média=59.3 (dp=43.5) e 58.2 (dp=45.8) respectivamente.

As mulheres com Ensino Médio ou Ensino Superior aferiram melhor qualidade do estado geral de saúde (Ensino Médio: média=48.0; dp=10.4 – Ensino Superior: média=47.5; dp=11.4), comparativamente às analfabetas (média=43.4; dp=7.3). Contudo, para estas, os aspectos emocionais foram melhores (média=76.3; dp=37.1) e piores para aquelas com Ensino Médio (média=51.7; dp=46.7). A saúde mental também é melhor para as analfabetas (média=70.9; dp=28.0).

O estado geral de saúde foi melhor para as cuidadoras pertencentes à classe social D (média=47.6; dp=11.2) e pior para as pertencentes a classe C (média=45.7; dp=9.6). Para estas, também foi pior o aspecto emocional (média=53.8; dp=46.9), sendo melhor para as da classe A (média=63.8; dp=41.6). As cuidadoras da classe A também apresentaram melhores escores para o domínio da saúde mental (média=68.2; dp=23.5), enquanto as da classe D registraram os piores (média=58.9; dp=25.9).

A correlação dos domínios do SF-36 com o escore do Zarit, exposta na Tabela 4, indica que quanto maior a sobrecarga, menor os escores de qualidade de vida. Destaca-se a correlação negativa, estatisticamente significativa, da capacidade funcional e a idade da cuidadora. Nenhuma significância estatística foi verificada com o tempo na função de cuidadora.

Tabela 4. Coeficientes de correlação de Spearman entre os domínios do SF-36 e demais variáveis em uma população de cuidadoras familiares de idosos de Assis, SP (n = 165), 2008.

	CF	AF	DOR	EGS	VIT	AS	AE	SM
Zarit	-0,315*	-0,462*	-0,302*	-0,171**	-0,462*	-0,471*	-0,479*	-0,510*
Idade	-0,226*	-0,051	-0,104	0,019	-0,073	0,087	0,083	0,164**
Tempo na função de cuidadora	-0,040	0,075	0,049	-0,123	-0,020	0,038	0,005	-0,067

CF (Capacidade Funcional), AF (Aspectos Físicos), EGS (Estado Geral de Saúde), VIT (Vitalidade), AS (Aspectos Sociais), AE (Aspectos Emocionais), SM (Saúde Mental)
* p < 0,01
** P < 0,05

4 Discussão

Um primeiro dado a ser mencionado refere-se à predominância das mulheres, no cuidado aos idosos no espaço doméstico. Dos 209 cuidadores localizados aleatoriamente nos domicílios visitados, apenas 20 eram do sexo masculino, o que nos levou a retirar da discussão as questões de gênero, porque poderiam ser tendenciosas em função do pequeno número de homens na amostra. De qualquer maneira, mesmo restringindo os dados e a discussão desta pesquisa às mulheres cuidadoras de idosos, permanece a constatação de que o cuidado doméstico de idosos é tarefa predominantemente feminina, na nossa cultura.

Contrariamente a outros estudos empreendidos com populações semelhantes, os dados da nossa pesquisa revelam que não há uma sobrecarga significativa de trabalho, passível de ser aferida pelas declarações das entrevistadas, mediante a aplicação do instrumento utilizado (ZBI), pois não se sentem sobrecarregadas por serem cuidadoras, mesmo que já venham se dedicando a essa tarefa por muito tempo.

No entanto, alguns detalhamentos desse dado principal merecem destaque. A classe social e a existência de outros afazeres, de acordo

com os dados coletados, não interferem na avaliação da sobrecarga com a dedicação ao cuidado de um idoso, no espaço doméstico.

Mesmo não havendo uma percepção geral de sobrecarga, foi possível verificar, embora não dentro dos parâmetros de significância estatística, que o fato de residir na mesma casa e não receber ajuda no cuidado ao idoso tende a se associar com a avaliação de uma maior sobrecarga.

Aquelas que possuem menor escolarização; as casadas, separadas, desquitadas; as que estão na faixa dos 43 a 52 anos e as esposas e irmãs se sentem mais sobrecarregadas, comparativamente àquelas que chegaram ao ensino superior, às viúvas, às solteiras ou as que estão entre os 53 e 61 anos.

Um primeiro perfil das cuidadoras, quanto ao encargo que essa tarefa representa para elas, realça os traços de mulheres resignadas com essa tarefa, que não se sentem sobrecarregadas, principalmente quando são mulheres acima de 53 anos, viúvas ou solteiras, que possuem um grau de parentesco menor do que as esposas e irmãs e que não residem com o idoso de qual cuidam. Um outro aspecto acentuado no perfil das cuidadoras refere-se ao grau de parentesco: mais da metade são filhas do ente cuidado.

O dado mais instigante, porém, refere-se aos prejuízos que as cuidadoras julgam sofrer, pelo fato de cuidarem de um/a idoso/a no espaço doméstico, mesmo não percebendo isso como sobrecarga. Metade afirmou que cuidar do/a idoso/a lhe rouba parte do tempo que teria para cuidar de si mesma. Além disso, predomina a percepção de que esse cuidado prejudica a própria saúde e aumenta o estresse. Boa parte (21.2%) gostaria de delegar essa tarefa a outra pessoa e, ainda, existe o receio de não poder cuidar do ente por muito mais tempo.

O conjunto dos dados acerca da avaliação da sobrecarga indica que ainda há espaço para o cuidado do idoso, no ambiente doméstico, a despeito das transformações do cotidiano que vêm ocorrendo, no sentido da exacerbação do individualismo, da fragmentação dos vínculos familiares e do aumento do ritmo da vida. Em acréscimo, indica que o espaço para tal cuidado é construído sobre modelos de vinculações afetivo-emocionais com o/a idoso/a, acumuladas ao longo da convivência familiar e dos processos históricos, especialmente nos países em industrialização (KOSBERG, 1992). Como apontam Cattani e Perlini (2004), a questão do cuidar está diretamente atrelada aos sentimentos de obrigação e gratidão, sobretudo quando esses sentimentos são vividos (FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2008) nas relações de cuidado que as filhas estabelecem com seus pais/mães. Evidentemente, nesses casos, também se encontram gratificações primárias e secundárias obtidas nessa tarefa, que associam a relação do cuidar com "um exercício de

amor e paciência" (RESENDE; TURRA; ALVES; PEREIRA; SANTOS; TREVISAN, 2008; NERI, 2001).

Os ganhos afetivos primários e o apaziguamento de culpas derivadas das exigências oriundas das obrigações morais podem minimizar a percepção de uma sobrecarga com o cuidado de um/a idoso/a, mas não eliminam inteiramente percepções de prejuízos no exercício desse encargo. Muitas mulheres se dizem prejudicadas por terem sua própria saúde abalada, por não terem o tempo de que gostariam para cuidarem de si mesmas e por se sentirem estressadas. Há ainda a percepção de que os/as idosos/as pedem mais cuidados do que realmente necessitam e de que a presença do/a idoso/a dependente, na casa, afeta negativamente os relacionamentos da cuidadora, retirando-lhe a privacidade. Por conseguinte, o/a idoso/a não representa necessariamente um encargo insuportável, mas isso não significa que não produza incômodos e ônus que afetam a vida de seus familiares.

Todavia, é necessário criar outros espaços, seja para não sacrificar as filhas que se sentem obrigadas a isso ou aquelas que gostariam de se desobrigarem dessa tarefa (21.2% da nossa amostra), seja para abrir outras possibilidades para os/as idosos/as, mesmo para aqueles/as que necessitem de cuidados especiais.

Existem experiências bem sucedidas, em países como os EUA, que construíram novos modelos de cuidados de idosos/a, onde estes/a, na velhice, passam a morar em estâncias (*day care/resorts*) específicas para a população idosa. Lá, seguem em suas atividades cotidianas e recebem todos os cuidados médicos e profissionais necessários para o seu bem-estar. A família os/as visita livremente, conforme sua agenda, eles/elas recebem visitantes da comunidade local, organizam festas, participam de oficinas e viajam em excursões programadas. O que impera, ideologicamente, é a necessidade, por parte dos idosos, de fazer valer a sua independência e autonomia, tão comum aos ideários do pós-guerra e, na sequência, a preservação da autonomia dos familiares. Tais sentimentos e posicionamentos subjetivos foram construídos ao longo de séculos e têm forte apoio nas crenças religiosas, nos ideários de democracia e, evidentemente, no desenvolvimento econômico do país. No caso brasileiro, Cattani e Perlini (2004) demonstram que, se houvesse meios econômicos, os/as cuidadores/as, em sua maioria, não abdicariam da tarefa de cuidar, mas lançariam mão de ajuda especializada (FONSECA; PENA, 2008). É o que constatamos também em nossa pesquisa, quando verificamos que a parcela de cuidadoras que se sente mais sobrecarregada é aquela que não recebe ajuda de outros, para a realização da tarefa de cuidar.

Os dados obtidos na pesquisa sobre Qualidade de Vida também ajudam a compor o perfil do/a cuidador/a, ainda mais quando relacionados aos da sobrecarga.

Nesse quesito, a média mais baixa recaiu sobre a percepção da cuidadora acerca de seu estado de saúde geral. Apresentaram um estado de saúde geral melhor aquelas que não residem com o/a idoso/a do/a qual cuidam; que não possuem outra ocupação, as mais pobres (classe D) e aquelas que possuem escolarização mais alta. Porém, o detalhamento dos dados desse domínio evidencia que os indicadores de saúde mental apresentam escores mais altos entre as cuidadoras que não residem com os/as idosos/as, as analfabetas e da classe A. Nos aspectos emocionais, especificamente, aferidos pelos testes utilizados, os melhores escores foram para as cuidadoras da classe A, as analfabetas e aquelas que possuíam outras ocupações.

Os dados de Qualidade de Vida traçam um perfil não muito homogêneo em relação a aspectos que normalmente se associam, tais como escolaridade, classe social e índices de saúde. Exibem, além disso, certa heterogeneidade quando, no detalhamento dos diversos domínios, verifica-se, por exemplo, que os melhores índices de saúde geral foram observados na categoria das cuidadoras que não moram com os/as idosos/as: mas aí também se verificaram os piores índices relacionados à saúde mental e aos aspectos emocionais. Mesmo com tonalidades contrastantes, é possível visualizar, nos dados, em relação à qualidade de vida, que o estado geral de saúde é percebido como o ponto mais crítico, principalmente entre aquelas que não possuem outra ocupação, moram com os/as idosos/as, pertencem a uma classe social próxima à da pobreza (classe C) e possuem o menor grau de escolarização. No que diz respeito à saúde mental e aos aspectos emocionais, as que estão em maior desvantagem são aquelas que não residem com os idosos e as mais pobres.

Comparando os dados de qualidade de vida com os de sobrecarga, constatamos uma associação estatisticamente significativa entre sobrecarga e diminuição do índice de qualidade de vida. Isto é, os dados mostram que quanto maior a sobrecarga, menor a qualidade de vida. Tal constatação é importante, por demonstrar que, mesmo quando a sobrecarga não é predominante na população, aquelas que se sentem sobrecarregadas com o cuidado de um idoso apresentam uma significativa diminuição da qualidade de vida. Portanto, o ônus de cuidar de um/a idoso/a, na própria família, não é tido, no geral, como algo pesaroso e gerador de sofrimento, porém, aquela parte da população que sente essa tarefa como uma sobrecarga acusa uma diminuição significativa da qualidade de vida. Corroborando a pesquisa de Sousa; Zarameli; Ferrari e Frigero (2008), isso mostra que, quando o cuidar de um/a idoso/a implica uma sobrecarga de trabalho, ele compromete a qualidade de vida dos familiares, o que demanda, nesses casos, alguma forma de assistência ou ajuda ao/a cuidador/a.

Nossos dados evidenciam também que, quando as cuidadoras receberam ajuda de outras pessoas, a percepção de sobrecarga diminui. Trata-se de um dado esperado e que reforça a convicção de que é necessário se ter uma preocupação especial com o/a cuidador/a, destinando a ele/ela todo tipo de apoio e ajuda em sua tarefa. Por isso, Caldas (2003, p. 773) tem razão em alertar que, “por ser um processo dinâmico, a dependência deve ser abordada por intermédio de programas que incluam desde estratégias de promoção da saúde até o estabelecimento de redes de apoio a cuidados de longa duração na comunidade”, buscando minimizar, assim, as desigualdades historicamente empreendidas entre os marcadores sociais de diferença, tais como classe social, econômica, gênero e educacional, nos cuidados com os/as idosos/as.

Outro dado que pode ser enfatizado diz respeito à relação entre a percepção da sobrecarga de trabalho com o cuidado do idoso e a existência de ocupações fora do ambiente doméstico. Embora não tenha havido diferença estatisticamente significativa quanto ao índice de sobrecarga entre as cuidadoras que se dedicam a outras ocupações e aquelas que não possuem outros afazeres de rotina, não se pode descartar a hipótese de que a existência de outros afazeres e preocupações diminua a percepção do encargo com o/a idoso/a, pressionando para baixo o índice médio da percepção da sobrecarga. Ainda assim, é claro que uma eventual pressão desse tipo não foi suficiente para produzir diferenças estatisticamente observáveis.

É intrigante notar que, apesar de terem sido constatadas queixas no sentido de que a presença do idoso na casa prejudica os demais relacionamentos da cuidadora, na avaliação da qualidade de vida, o domínio referente aos aspectos sociais foi onde verificamos os maiores escores. No mosaico que compõe o perfil das cuidadoras, sobressai-se o contraste entre a percepção de um declínio no estado geral de saúde e bom nível de percepções satisfatórias, quanto aos contatos sociais.

Devemos considerar que a condição de vida do/a cuidador/a é complexa, constituída por muitos fatores, que, em múltiplas associações e por caminhos diferentes, podem produzir resultados semelhantes. Nesse sentido, é cabível ponderar que as cuidadoras são mulheres, cuja identidade, sobretudo no caso das mulheres mais velhas, é socialmente constituída em torno dos afazeres domésticos, da maternidade e do cuidado. A internalização da missão de cuidar, como prerrogativa da construção de identidade de gênero feminina, pode estar aliviando o peso dessa tarefa e compensando eventuais sofrimentos psíquicos decorrentes dessa missão, ainda mais quando ela se combina com outros afazeres, preocupações e com um círculo de amigos e outros relacionamentos que possibilitam realizações e gratificações substitutivas.

A relação de parentesco é igualmente outro ponto forte na discussão das relações entre percepção de sobrecarga e qualidade de vida. A pesquisa de Pupo e Panhoca (2008), realizada com cuidadores de afásicos, apurou que as variáveis “parentesco” e “dificuldades no trato com o afásico” estão relacionadas com a sobrecarga do/a cuidador/a, sendo que as maiores sobrecargas foram encontradas nos casos em que a interação é difícil, por conta dos comprometimentos linguísticos e de compreensão, variando de acordo com o grau de parentesco, sendo os pais e mães dos afásicos os mais sobrecarregados/as, seguidos pelos cônjuges, filhos e irmãos. Cuidar de um companheiro, de um pai, de uma mãe ou de um avô e mesmo de outro familiar querido é outro atenuante da percepção do encargo. O atenuante pode decorrer de uma retribuição consciente de afetos e cuidados recebidos anteriormente pelo/a próprio/a cuidador/a ou de um alívio de alguma culpabilização que até pode transformar uma eventual sobrecarga e sofrimento, vividos objetivamente, em sensações de prazer, vividas subjetivamente. Tais sensações são visualizadas como o cumprimento de um desígnio do “destino” ou como realização de uma gloriosa missão, quiçá, entendida pelo sujeito como tendo sido atribuída a ele por alguma entidade divina (GONÇALVES; ALVAREZ; SENA; SANTANA; VICENTE, 2006, p. 570; RESENDE; TURRA; ALVES; PEREIRA; SANTOS; TREVISAN, 2008).

Nessa mesma linha de raciocínio, Falcão e Bucher-Maluschke (2008), reforçam a hipótese de que as vinculações familiares ascendentes – aquelas que unem pais/mães e filhos/as – e os vínculos conjugais minimizam o peso da tarefa de cuidar, enquanto os vínculos laterais fraternos não possuem a mesma força.

A possibilidade de partilhar a tarefa com outras pessoas, embora não tendo sido, isoladamente, um fator de atenuação da percepção do encargo, não pode ser desconsiderada como um componente importante das interações possíveis entre todos os fatores concorrentes. Mais ainda, se há um entorno familiar que auxilia no cuidado e valoriza a tarefa do cuidador, esse ganho de reconhecimento e atenção familiar pode produzir, subjetivamente, uma subtração da carga de trabalho e uma percepção de expansão de seus relacionamentos sociais e de ganhos, na preservação de sua autonomia e privacidade.

O principal resultado verificado no cruzamento dos dados relacionados à percepção de sobrecarga e qualidade de vida refere-se à correlação negativa entre eles, isto é, quanto maior a percepção da sobrecarga, menor o índice de qualidade de vida.

Isso demonstra a necessidade de se considerar esses dois fatores, nas ações de apoio e assistência aos/às cuidadores/as, para que, além de poderem exercer suas funções de cuidadores/as, sem maiores prejuízos, possam também propiciar àquele/a de quem

cuidam uma vida melhor, dentro de suas possibilidades. Para tal, há que se investir nas redes de apoio familiar com atendimentos psicológicos, treinamentos que, como apontam os estudos de Leme (2006), repercutem positivamente sobre os cuidadores, reduzindo-lhes o grau de estresse. Do mesmo modo, concordamos com Craco (2006) e com Brondani (2008) de que é fundamental investir na equipe de saúde, que tem a responsabilidade para com a saúde física da pessoa cuidada e com o tratamento mais humanizado para com seus cuidadores.

Por fim, as pesquisas são unânimes em apontar que, quanto maior e de boa qualidade for a rede de apoio ao/à cuidador/a, menor será a sua sobrecarga e maior será sua qualidade de vida (PAVARINI et al., 2008; VILELA; CARAMELLI, 2006; SILVEIRA; CALDAS; CARNEIRO, 2006).

5 Conclusões

Uma vez que a constatação geral e principal desta pesquisa aponta para um diferencial em relação a outras, ou seja, a maioria das cuidadoras da amostra investigada não se sente sobrecarregada e, ainda, apresenta índices razoáveis de qualidade de vida, aferidos pelos instrumentos utilizados, cremos que as diferenças desses resultados gerais com o de outras pesquisas precisam ser analisadas, levando-se em consideração tanto o uso de métodos e instrumentos diferentes, como diferenças regionais, culturais, sociais e subjetivas que possam influenciar os resultados, demonstrando que a condição de vida das cuidadoras não é homogênea, mas depende de configurações locais.

Seguramente a cidade de Assis, por possuir uma proporção de idosos/as maior do que a média nacional e do Estado de São Paulo, por ser uma cidade de aproximadamente 97.000 habitantes, por concentrar um número expressivo de aposentados/as e demais especificidades, não se iguala a outras cidades, sobretudo às de grande porte, quanto às condições dadas aos/às cuidadores/as, para levarem a cabo sua tarefa. A própria facilidade e a rapidez do transporte urbano, nas cidades médias e pequenas, permitem a um/a cuidador/a conciliar essa tarefa com outras ocupações, com menor dispêndio de tempo e energia. A socialidade mais intensa – intra e extra familiar –, nas pequenas e médias cidades, também favorece o auxílio de outros, na tarefa de cuidar, facilitando a formação de um entorno mais protetor e seguro, minimizando o impacto do encargo e afastando a ocorrência de episódios extremos de estresse.

Os resultados encontrados na cidade de Assis são animadores, ao revelarem que é possível aos familiares cuidarem de seus entes idosos/as, no espaço doméstico, sem que isso signifique prejuízo

considerável da qualidade de vida. Havendo políticas públicas no sentido de apoiar e melhorar as condições domiciliares de cuidados para com os/as idosos/as, a tarefa se tornará ainda mais assimilável e exercida com melhor qualidade e eficácia.

Por fim, cremos que seja preciso produzir e efetivar políticas públicas que facilitem às famílias, que assim o desejarem, cuidar de seus idosos com dignidade, baixa sobrecarga e excelente qualidade de vida. Não que isso resulte em desonerar o Estado da manutenção de instituições de longa permanência, mas para expandir um modelo mais justo, equitativo e humano, no tratamento aos/às idosos/as. Acreditamos que, assim, os cuidados domiciliares se tornem uma dentre outras formas de acompanhamento do/a idoso/a em situação de necessidade de cuidados e não uma situação vivida como imposição para ambos: idoso/a e seu/sua cuidador/a familiar.

6 Referências

- ALMEIDA, M. A. R. P.; DANTAS, M. D. F.; COSTA, S. M. L.; MOREIRA, K. L. A. F. Análise da Sobrecarga e Qualidade de Vida em Cuidadores de Pacientes Portadores de sequelas de Acidente Vascular Encefálico [Internet]. **Livro de Memórias do IV CONGRESSO CIENTÍFICO NORTE-NORDESTE – CONAFF**. Fortaleza: Centro de Estudos e Pesquisas Sanny - CEPS, 2007, p. 40-6.
- AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A. C.; ALVARENGA, M. R. M. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis-SC, v. 17, n. 2, p. 266-72, 2008.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BRONDANI, C. M. **Desafio de cuidadores familiares no contexto da internação domiciliar**. 2008. 111 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro-RJ, v. 19, n. 3, p. 773-81, 2003.
- CATTANI, R. B.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. G. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia-GO, v. 6, n. 2, 2004.
- CERQUEIRA, A. T. A. R.; OLIVEIRA, N. I. L. Programa de Apoio a Cuidadores: Uma Ação Terapêutica e Preventiva na Atenção à Saúde dos Idosos. **Revista Psicologia USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 133-150, 2002.
- CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M. R. Tradução para língua portuguesa e validação do

questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo-SP, v. 39, n. 3, p. 143-50, 1999.

COSTA, J. **Ordem médica e norma familiar**. 2^a ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

CRACO, P. F. **Ação comunicativa no cuidado à saúde da família: encontros e desencontros entre profissionais de saúde e usuários**. 2006. 308 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de enfermagem de Ribeirão Preto-USP, Ribeirão Preto.

DIOGO, M. J. D'E.; DUARTE, Y. A. O. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

FALCÃO, D. V. S.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. Filhas que cuidam de pais/mães com provável/possível Doença de Alzheimer. **Estudos de Psicologia**, Natal-RN, v. 13, n. 3, p. 245-256, 2008.

FONSECA, N. R.; PENNA, A. F. G. Perfil do cuidador familiar do paciente com seqüela de acidente vascular encefálico. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro-RJ, v. 13, n. 4, p. 1175-1180, 2008.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979, p. 99-112.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M.; SENA, E. L. S.; SANTANA, L. W. S.; VICENTE, F. R. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado no contexto sociocultural de Florianópolis - SC. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis-SC, v. 15, n. 4, p. 570-77, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Populacional, Resultado do Universo**, 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home>>. Acesso em: 27 mar. 2009.

KOSBERG, J. I. **Family Care of the Elderly**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1992.

LEME, M. D. **Treinamento de cuidadores de idosos: impacto na sua qualidade de vida e saúde**. Revisão sistemática. 2006. 117 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.

LUZARDO, A. R.; WALDMAN, B. F. Atenção ao familiar cuidador de idoso com doença de Alzheimer. **Acta Scientiarum. Health Science**, Maringá-PR, v. 26, n. 1, p. 135-145, 2004.

MENDES, B. C.; GUIDUGLI, O. S. Envelhecimento populacional: desafios de uma nova conjuntura demográfica para o município de Assis SP. In: **XV Encontro Nacional De Estudos Populacionais**, 2006, Caxambu. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_427.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2009.

NERI, A. L. O que sabemos sobre o bem-estar subjetivo na vida adulta e na velhice? **Anais do II Congresso Norte-Nordeste de Psicologia**. Salvador: Universidade Federal da Bahia e CRP/BA, Salvador-BA, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida - WHOQOL**, 1998. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/Psiq/whoqol1.html>>. Acesso em: 25 mar. 2009.

PAVARINI, S. C. I.; MELO, L. C.; SILVA, V. M.; ORLANDI, F. S.; MENDIONDO, M. S. Z.; FILIZOLA, C. L. A. Cuidando de idosos com Alzheimer: a vivência de cuidadores familiares. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia-GO, v. 10, n. 3, p. 580-90, 2008.

PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. **Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS**. Lisboa-PT, 4. ed. Edições: Silabo, LDA, 2005.

PIMENTA, F. A. P.; SIMIL, F. F.; TÔRRES, H. O. G.; AMARAL, C. F. S.; REZENDE, C. F.; COELHO, T. O.; REZENDE, N. A. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo-SP, v. 54, n. 1, p. 55-60, 2008.

PUPO, A. C. S.; PANHOCA, I. Cuidando de quem cuida – Avaliando a Qualidade de Vida de cuidadores de afásico. In: **Anais do XIII Encontro De Iniciação Científica da PUC-Campinas**, Campinas-SP, Pontifícia Universidade Católica-PUC-Campinas, 2008.

RESENDE, M. C.; TURRA, D. D.; ALVES, F.; PEREIRA, F. B.; SANTOS, S. A. P.; TREVISAN, V. C. Cuidar de idosos com Alzheimer: influências sociais, físicas e psicológicas envolvidas nesta tarefa. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo-RS, v. 5, n. 1, p. 19-31, 2008.

RODRIGUES, S. L. A.; WATANABE, H. A. W.; DERNTL, A. M. A. A Saúde de Idosos que Cuidam de Idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo-SP, v. 40, n. 4, p. 493-500, 2006.

RODRIGUES, R. A. P.; KUSUMOTA, L.; MARQUES, S.; FABRÍCIO, S. C. C.; ROSSET-CRUZ, I.; LANGE, C. Política Nacional de Atenção ao Idoso e a Contribuição da Enfermagem. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis-SC, v. 16, n. 3, p. 536-45, 2007.

SILVA, L.; GALERA, S. A. F.; MORENO, V. Encontrando-se em Casa: Uma Proposta de Atendimento Domiciliar para Famílias de Idosos Dependentes. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo-SP, v. 20, n. 4, p. 397-403, 2007.

SILVEIRA, T. M.; CALDAS, C. P.; CARNEIRO, T. F. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro-RJ, v. 22, n. 8, p. 1629-1638, 2006.

SOUSA, A. G.; ZARAMELI, R. C.; FERRARI, R. A. M.; FRIGERO, M. Avaliação da qualidade de vida de cuidadores de pacientes com

seqüelas neurológicas. **Revista Conscientiae Saúde**, São Paulo-SP, v. 7, n. 4, p. 497-502, 2008.

TEIXEIRA-FILHO, F. S. **Do estigma à exclusão**. História de corpos (des)acreditados. São Paulo: Casa do Psicólogo: FAPESP, 2005.

VILELA, L. P.; CARAMELLI, P. A doença de Alzheimer na visão de familiares de pacientes. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo-SP, v. 52, n. 3, p. 148-52, 2006.

WESTPHAL, A. C.; ALONSO, N. B.; SILVA, T. I.; AZEVEDO, A. M.; CABOCLO, L. O. S. F.; GARZON, E.; SAKAMOTO, A. C.; YACUBIAN, E. M. T. Comparação da Qualidade de Vida e Sobrecarga dos Cuidadores de Pacientes com Epilepsia por Esclerose Mesial Temporal e Epilepsia Mioclônica Juvenil. **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology**, Porto Alegre-RS, v. 11, n. 2, p. 71-76, 2005.

YUASO, D. L. Cuidar de cuidadores: resultados de um programa de treinamento realizado em domicílio. In: NERI, A. L.; PINTO, M. E. B; SOMMERHALDER, C.; PERRACINI, M. R.; YUASO, D. R. (Org.). **Cuidar de idosos no contexto da família**: questões psicológicas e sociais. Campinas: Alínea, 2002. p. 165-201.

Endereço para correspondência

Carina Alexandra Rondini

Av. Dom Antonio, 2100, CEP 19806-900, Assis – SP, Brasil

Endereço eletrônico: carina@assis.unesp.br e/ou carondini@yahoo.com.br

José Sterza Justo

Av. Dom Antonio, 2100, CEP 19806-900, Assis – SP, Brasil

Endereço eletrônico: justo@assis.unesp.br

Fernando Silva Teixeira-Filho

Av. Dom Antonio, 2100, CEP 19806-900, Assis – SP, Brasil

Endereço eletrônico: fteixeira@assis.unesp.br

José Antonio Caruso de Lucca

Rua General Osório, 800, Vila Operária, CEP 19800-000, Assis – SP, Brasil

Endereço eletrônico: carusodelucca@gmail.com

Patrícia Aparecida de Oliveira

Rua Monteiro Lobato, 204, CEP 19800-000, Assis – SP, Brasil

Endereço eletrônico: pattydoci@hotmail.com

Recebido em: 10/11/2009

Reformulado em: 17/09/2010

Aceito para publicação em: 18/10/2010

Acompanhamento do processo editorial: Eleonôra Prestrelo

Notas

*Professora Assistente Doutora da Faculdade de Ciências e Letras da UNESP/Assis junto ao Departamento de Psicologia Experimental e do Trabalho. Doutora em Engenharia Elétrica pela Escola Politécnica – USP/SP. Coordenadora da pesquisa; realizou o desenho metodológico da pesquisa, sua concepção, organização do banco e análise estatística dos dados, bem como na redação final.

**Professor Assistente Doutor da Faculdade de Ciências e Letras da UNESP/Assis junto ao Departamento de Psicologia Evolutiva, Social e Escolar. Livre Docência pela Universidade Estadual Paulista-Campus de Assis. Trabalhou na redação final do artigo (discussão e conclusão).

***Professor Assistente Doutor da Faculdade de Ciências e Letras da UNESP/Assis junto ao Departamento de Psicologia Clínica. Doutor em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP. Trabalhou na redação final do artigo (discussão e conclusão).

****Graduando do curso de Psicologia da Faculdade de Ciências e Letras da UNESP/Assis. Trabalhou na elaboração da pesquisa, execução e na redação final do artigo.

¹Esta pesquisa recebeu bolsa da Pró-Reitoria de Extensão Universitária (PROEX) para os dois graduandos envolvidos e registramos nossos agradecimentos a todos os cuidadores participantes e aos alunos que realizaram a pesquisa de campo.