

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ
PROGRAMA DE MESTRADO EM SAÚDE E GESTÃO DO TRABALHO
ANA MARIA BITTAR

QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES DE IDOSOS

ITAJAÍ
2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ
PROGRAMA DE MESTRADO EM SAÚDE E GESTÃO DO TRABALHO
ANA MARIA BITTAR

QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES DE IDOSOS

Projeto apresentado para qualificação no Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho, Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Luciane Peter Grillo

ITAJAÍ
2009

FICHA CATALOGRÁFICA

B546q Bittar, Ana Maria, 1962 -
Qualidade de vida de cuidadores de idosos [manuscrito] / Ana Maria
Bittar. – Itajaí, 2009.
100 f. : il. (Tab.)

Inclui apêndices e anexos.

Referências: p.81-91

Cópia de computador (Printout(s)).

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Itajaí, Programa de Mestrado
Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho, 2009.

“Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciane Peter Grillo.”.

1. Cuidadores. 2. Idosos. 3. Qualidade de vida. I. Grillo, Luciane Peter. II.
Título.

CDU: 614.253.5

ANA MARIA BITTAR

QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES DE IDOSOS

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do grau de Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho e aprovada pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí, Centro de Ciências da Saúde, Itajaí.

Área de concentração: Saúde e Gestão do Trabalho

Itajaí, 25 de novembro de 2009.

Prof^a. Dr^a. Luciane Peter Grillo
Universidade do Vale do Itajaí.
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Elisete Navas Sanches Próspero
Universidade do Vale do Itajaí
Membro Interno

Prof^a. Dr^a. Maria de Fátima Mantovani
Universidade Federal do Paraná
Membro Externo

AGRADECIMENTOS

Aos colegas de trabalho do Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha, à Secretaria Estadual de Saúde do Paraná e ao Ministério da Saúde. Sem vocês este trabalho não existiria.

À Prof^a Dra. Luciane, por ter me aceitado como sua orientanda e por todos os momentos de atenciosa dedicação.

À Prof Dr. Henri Stuker, pela colaboração na execução deste trabalho.

À Prof^a Dra. Rosita Saupe por ter me iniciado neste caminho.

A todos os professores e funcionários do programa de mestrado.

Às minhas colegas de mestrado e trabalho, Arlete, Claudia e Tereza, com quem dividi todas as alegrias e angústias.

A minha amiga e comadre Liliana, pelo exemplo de praticidade e competência.

A todos os colegas de sala pela oportunidade de convívio.

À amiga Miriam pela hospedagem e carinho durante todo o processo.

Aos sujeitos deste estudo, sem os quais este trabalho não seria possível.

A meu filho, pela ajuda na coleta de dados e para quem eu espero ser exemplo.

A todos que participaram nesta importante etapa de minha vida profissional.

Em especial, ao meu marido, pelo apoio incondicional às minhas decisões e pela grande colaboração na realização deste trabalho.

O cuidado é a essência da vida e é ele que permite "a revolução da ternura ao priorizar o social sobre o individual e ao orientar o desenvolvimento para a melhoria da qualidade de vida dos humanos e de outros organismos vivos. O cuidado faz surgir o ser humano complexo, sensível, solidário, cordial, e conectado com tudo e com todos no universo" (BOFF, 2004, p. 190).

Resumo

BITTAR, Ana Maria. *Qualidade de Vida de Cuidadores de Idosos*. 2009. 99 f. Dissertação de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho. Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí (SC), 2009.

RESUMO

Este é um estudo descritivo-exploratório, de corte transversal, que teve como objetivo avaliar a qualidade de vida dos cuidadores de idosos egressos de três turmas do Curso de Cuidadores de Idosos do Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná – SESA/PR. Foi utilizado um instrumento genérico, elaborado por pesquisadores da Organização Mundial de Saúde, denominado WHOQOL-bref - versão para o português - composto de duas partes, uma ficha de informações sobre o respondente, acrescida neste estudo, por perguntas sobre a situação atual de trabalho e um questionário com 26 questões contemplando 4 domínios. Os dados coletados foram analisados conforme modelo estatístico já validado para o instrumento utilizado. O nível de significância adotado foi de 5%. As respostas obtidas das questões sobre situação atual de trabalho foram analisadas a partir da distribuição percentual. Do total de 71 egressos do Curso de Cuidador de Idosos, a amostra ficou composta por 59 sujeitos (n), ou seja 83% do total de egressos. A maioria dos sujeitos, 83% (n= 49) eram do sexo feminino, 32,3% (n=19) com idade entre 41 e 50 anos completos, com predomínio de casados em 38% (n= 23). Quanto ao nível de escolaridade, 44% (n= 26) dos respondentes têm o II grau completo. A maioria, 62,7% (n=37) estavam trabalhando como Cuidadores de Idosos, sendo 83,8% (n=31) remunerados e 48,6% (n=18) com contrato formal de trabalho. O domínio III -relações sociais - apresentou o melhor escore com média de 75,6 ($\pm 16,9$), seguido do domínio II - psicológico - com média de 71,4 ($\pm 12,8$), e do domínio I - físico - com 69,1 ($\pm 14,2$) de média. O pior escore ficou com o domínio IV - meio ambiente - com média de 58,3 ($\pm 11,6$). A maioria 67,8% (n= 40) avaliou sua qualidade de vida como boa e 66,1% (n= 39) estavam satisfeitos com sua saúde. Os problemas de saúde foram relatados por 34% (n= 20) dos entrevistados, sendo a pressão alta o problema predominante. Este estudo possibilitou conhecer a qualidade de vida desses cuidadores, bem como, focalizar aspectos relevantes que possam servir como embasamento na implementação de novas estratégias para a melhoria das condições de vida e trabalho dos cuidadores.

Palavras-chave: Qualidade de Vida. Idosos. Cuidadores.

Abstract

BITTAR, Ana Maria. *Quality of Life of Caregivers of Elderly Patients*. 2009. 99 f. Dissertation for the Master's Degree Program in Health and Work Management. University of Vale do Itajaí, Itajaí (SC), 2009.

ABSTRACT

This is a transverse, descriptive and exploratory study which evaluates the quality of life of caregivers of elderly individuals, who completed the Course for Caregivers of the Elderly at the Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha (Caetano Munhoz da Rocha Human Resources Training Center) of the Secretary of Health of the State of Paraná (SESA/PR). A generic tool was used, designed by researchers of the World Health Organization, called the WHOQOL-bef (the Portuguese version was used). It consists of two parts: an information sheet for each respondent, to which questions were added in this study concerning the respondent's current work situation; and a questionnaire with twenty-six questions focusing on four different domains. The data collected were analyzed according to the statistical model previously validated for the tool used. A level of significance of 5% was adopted. The responses obtained to the questions, regarding current work situation, were analyzed based on percentage distribution. Of the total of 71 students who had completed the Course for Caregivers of the Elderly, 59 were included i.e. 83% of the total. The majority were women 83%, (n=49), aged between 41 and 50 years-old 32.3% (n=19) and married 38% (n=23). Regarding educational level, 44 % (n=26) of those interviewed had completed secondary school. The majority 62.7% (n=37) were working as Caregivers of the Elderly, with 83.8% (n=31) being paid and 48.6% (n=18) with formal work contracts. Domain III, social relationships, presented the best score with a mean of 75.6 (± 16.9), followed by domain II, psychological, with a mean of 71.4 (± 12.8) and domain I, physical, with a mean of 69.1 (± 14.2). The worst score was for domain IV, environment, with a mean of 58.3 (± 11.6). The majority of the participants (67.8%, n=40) evaluated their quality of life as good and 66.1% (n=39) were satisfied with their health. Health issues were reported by 34% (n=20) of the interviewees, and the most common complaint was high blood pressure. This study enables a greater understanding of the quality of life of these caregivers, focusing on relevant aspects that could serve as the basis for implementing new strategies to improve the lives and working conditions of caregivers.

Key words: Quality of Life, Elderly Patients, Caregivers.

RESUMEN

BITTAR, Ana Maria. *Periodo calidad de vida de cuidadores de ancianos*. 2009. 99 f. Disertacion de maestria en salud y gestion de trabajo. Universidad del valle de Itajai, (SC), 2009

Este es un estudio descriptivo-exploratorio de corte transversal, que tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida de los cuidadores de ancianos graduados de tres diferentes grupos del Curso De Cuidadores De Ancianos del Centro Formador De Recursos Humanos. Caetano Munhoz da Rocha, secretaria de la salud del estado Parana- SESA/PR. Se utilizo un instrumento generico, elaborado por investigadores de la organizacion mundial de la salud, denominado WHOQOL-bref, compuesto de dos partes: una pagina de informaciones sobre el contestante, sumada en este estudio, de preguntas sobre la situacion actual del trabajo y un cuestionario con 26 preguntas contemplando 4 dominios. Los datos colectados fueran analizados de acuerdo a un modelo estadistico ya validados para el instrumento utilizado. El nivel de significancia adoptado fue el de 5%. Las respuestas obtenidas de las preguntas sobre situacion actual del trabajo fueran analizadas a partir de la distribucion porcentual. Del total de 71 graduados del curso de cuidador de ancianos, la muestra quedo compuesta de 59 sujetos (n), o sea 83% del total de graduados. La mayoria de los sujetos, 83% (n=49) fueron del sexo femenino, 32.3% (n=19) con edades entre 41 y 50 anos, con predominio de casados en 38% (n=23). Con relacion al nivel de educacion, 44% (n=26) de los participantes tienen un nivel academico de escuela secundaria. La mayoria, 62,7% (n=37) trabajaban cuidando ancianos, 83.8% (n=31) eran remunerados y 48.6% (n=18) tenian contrato formal de empleo. El dominio III – relaciones sociales - presento el mejor promedio: 75.6 (=/-16.9), seguido del dominio II - psicologico con un promedio de 71,4 (+/-12.8), y Del dominio IV - fisico - con promedio 69.1 (+/- 14.2). El peor promedio se atribuyo al dominio IV - medio ambiente-58,3% (+/- 11.6). La mayoria 67,8% (n=40) contesto que su calidad de vida era buena y 66,1% (n=39) se encontraban satisfechos con su propia salud. Los problemas de salud fueran reportados por 34% (n=20) de los individuos que fueron entrevistados, y hipertension arterial fue el problema predominante. Este estudio permitio conocer la calidad de vida de esos cuidadores de ancianos, asi como enfocar aspectos relevantes que puedan servir como base en la implantacion de nuevas estrategias para la mejoria de las condiciones de vida y trabajo de estos mismos cuidadores.

Palabras clave: Calidad de vida. Ancianos. Cuidadores.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	Problema da pesquisa.....	15
1.2	Objetivos.....	15
1.2.1	Geral.....	15
1.2.2	Específicos.....	16
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
2.1	Qualidade de vida.....	17
2.2	Instrumento de avaliação de qualidade de vida.....	24
2.3	Cuidadores de idosos.....	32
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	38
3.1	Tipo de pesquisa	38
3.2	Aspectos éticos.....	38
3.3	Estudo piloto.....	39
3.4	Universo da pesquisa, população e amostra.....	39
3.5	Coleta de dados.....	40
3.6	Instrumento de coleta de dados.....	41
3.7	Tratamento e análise estatística dos dados.....	42
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	45
4.1	Características sócio-demográficas.....	45
4.2	Qualidade de vida dos Cuidadores de idosos.....	51
4.2.1	Qualidade de vida geral.....	51
4.2.2	Domínios	56
4.2.3	Questões do Domínio Relações Sociais.....	59
4.2.4	Questões do Domínio Psicológico.....	62
4.2.5	Questões do Domínio Físico.....	66
4.2.6	Questões do Domínio Meio Ambiente.....	69
5	CONCLUSÃO	76
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	78

REFERÊNCIAS	81
APÊNDICES	92
Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	92
ANEXOS	93
Anexo A: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVALI.....	93
Anexo B: Ficha de informação do respondente.....	94
Anexo C: Instrumento Whoqol- Bref.....	96

1 INTRODUÇÃO

Questões relacionadas ao envelhecimento têm merecido atenção especial nos últimos quarenta anos. Este é um fenômeno universal que, no Brasil, assume características peculiares em virtude da velocidade com que vem ocorrendo (DUARTE, 2006).

Em 2008, o Brasil apresentava quase 20 milhões de idosos com 60 anos ou mais, representando 10,5% do total da população. No período de 1997 a 2007 a população brasileira apresentou um crescimento relativo da ordem de 21,6%; para a faixa etária de 60 anos, este crescimento foi de 47,8%, chegando a 65% no grupo de idosos de 80 anos ou mais. A previsão é de que em 2020 o Brasil tenha a sexta população mais idosa do mundo (IBGE, 2008a).

De acordo com Paschoal (2004), esta situação é fruto de diversos fatores, tais como: a melhoria das condições sanitárias e de acesso a bens e serviços, a mudança do perfil epidemiológico e os avanços na área de saúde, que têm possibilitado cada vez mais que pessoas consigam viver por um período mais prolongado, mesmo possuindo algum tipo de incapacidade.

Concomitantemente a esses fatores, grandes mudanças ocorreram nas últimas décadas na sociedade brasileira, entre elas: a migração das famílias do campo para as cidades, o aumento do número de mulheres que trabalham fora, a substituição da família extensa pela família nuclear e a elevação da expectativa de vida do brasileiro. As mudanças encontraram as famílias despreparadas para o enfrentamento dos problemas advindos com o envelhecimento (DUARTE, 2001).

Machado (2006) refere que os cidadãos, vivendo mais, estão expostos às mazelas determinadas pelas doenças crônicas não transmissíveis – entre elas, a diabetes, hipertensão arterial sistêmica, demência, insuficiência cardíaca, depressão, Parkinson, osteoartrose, osteoporose, vasculopatias e outras, que os tornam, progressivamente, mais dependentes e carentes de cuidados especiais.

De acordo com Medina (1998), estudos revelam que a partir dos 65 anos de idade, cerca de 40% dos indivíduos precisam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições e limpar

a casa. Uma parcela menor (10%) requer auxílio para realizar tarefas básicas como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, sentar e levantar de cadeiras e camas.

A população idosa também representa, segundo Lima-Costa, Matos e Camarano (2003), um dos maiores desafios atuais da saúde pública, quando comparada a outras faixas etárias, na medida em que contribui para o crescimento da demanda por serviços de saúde, além de requerer internações hospitalares mais frequentes e longas.

Frente ao aumento de doentes crônicos, que requerem assistência continuada, alternativas assistenciais relacionadas a desospitalização foram muito incentivadas. Assim, em especial nos últimos dez anos, observou-se o surgimento e crescimento acentuado de programas de assistência domiciliária, como alternativa para atender às novas demandas. Esse acompanhamento domiciliar pode ser prestado por profissionais de saúde individualmente ou em equipe, e também prestado continuamente pelos que são conhecidos como cuidadores familiares ou leigos (DUARTE, 2006).

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), nos países em desenvolvimento são consideradas idosas as pessoas com 60 anos ou mais e, nos países desenvolvidos, pessoas com idade igual e superior a 65 anos (PASCHOAL, 2004). No Brasil, para efeito civil e segundo o Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 1.º de outubro de 2003), idoso é a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2003).

De acordo com Duarte (2006), a presença do cuidador nos domicílios proporciona o convívio familiar do idoso, diminui ou até mesmo substitui o tempo de internação hospitalar e, dessa forma, reduz as complicações decorrentes dessa.

Outro dado importante, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2007), é que das 6,7 milhões de famílias unipessoais existentes no país, 40,8% é formada por pessoas de 60 anos ou mais, o que justifica a urgente organização de redes de apoio para estas pessoas em suas dificuldades da vida diária.

Diante desse quadro, a presença do cuidador de idosos nos domicílios e nas instituições de longa permanência, torna-se cada vez mais necessária.

Historicamente, diferentes países do mundo têm desenvolvido variadas formas de apoio e cuidados aos seus idosos dependentes, sendo que, em alguns deles o

suporte oferecido é quase exclusivamente de responsabilidade estatal e, em outros, predominam as famílias que desempenham os encargos do cuidado (LECHNER; NEAL, 1999).

A família, apesar de ser um dos grupos que maiores transformações sofreu desde 1974, quer na estrutura quer na sua dinâmica, ainda tem um papel fundamental como cuidadora na proteção dos seus membros dependentes. De acordo com Ehrlich et al. (1992), membros da família representam 90% do número de cuidadores.

Karsch (2003) destaca que no Brasil o cuidado com os idosos é realizado, em sua maioria, pelos próprios familiares, em especial as mulheres. Para o autor, as mulheres geralmente são as cuidadoras de seus maridos, pais e até mesmo filhos.

Outros estudos descritos por Neri (2002), também demonstram que a responsabilidade sobre os cuidados de pacientes idosos recai na maioria das vezes sobre a mulher, quer seja esposa, filha ou irmã. Aliás, não só no Brasil as mulheres são as “grandes cuidadoras” dos idosos incapacitados, pois a maioria dos autores e dos dados coletados pelo mundo indicam que, salvo por razões culturais muito específicas, a mulher é a cuidadora tradicional (KINSELLA; TAEUBER, 1992). Por causas predominantemente culturais, o papel da mulher cuidadora, no Brasil, ainda é uma atribuição esperada pela sociedade (NERI, 1993).

Carvalho [200-] cita que, em muitos países desenvolvidos, a literatura sobre cuidadores é extensa e, tentativas de conceituação e diferenciação como formais e informais, principais e secundários, bem como os fatores que designam o tipo de cuidador requerido para cada idoso dependente, são bastante discutidos. Nestes termos, a literatura internacional aponta para quatro fatores, geralmente presentes, na designação da pessoa que, preferencialmente, assume os cuidados pessoais ao idoso incapacitado: parentesco (cônjuges); gênero (principalmente a mulher); proximidade física (vive junto) e proximidade afetiva (conjugal, pais e filhos).

De acordo com Duarte (2006), é impossível precisar quantas são as pessoas mantidas em domicílio que necessitam da presença de um cuidador, bem como, quantos e quem são estes cuidadores e de que forma desempenham o cuidado. Isto tem causado preocupação aos profissionais de saúde, em especial da área de

enfermagem, sobre quais são as atividades que podem ou não serem delegadas a estas pessoas, e como e quem poderá adequadamente orientá-las.

Em 1999 o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde do Idoso e no mesmo ano, o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos, através da Portaria Interministerial nº 5153/99, com objetivo de promover a melhoria das condições de atenção ao idoso, mediante a capacitação de cuidadores domiciliares, familiares, não familiares e institucionais.

De acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) de 2002, o cuidador passa a ser uma ocupação reconhecida, sob o código 5162-10, onde cuidador é alguém que:

(...) cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida” (BRASIL, 2002). não paginado.

Ao longo do tempo e associadas a diversos fatores, as tarefas desenvolvidas pelo cuidador acabam constituindo-se em eventos estressores significativos. Estudos caracterizam as consequências advindas dessas práticas e demandas emocionais do cuidado utilizando o termo *burden* (DONALDSON; TARRIER; BURNS, 1997).

Poulshock e Deimling (1984) referem que o impacto – problemas que são enfrentados pelo cuidador e sinônimo de *burden* - se divide em objetivo e subjetivo. Como impacto objetivo os problemas de ordem prática, ocorridos no cotidiano dos cuidadores, como dificuldades financeiras, problemas de saúde e com a vizinhança.

Garrido (2001) descreve como componentes do impacto subjetivo, os sentimentos de sobrecarga, ressentimento, exclusão e embaraço. Alguns fatores específicos vêm sendo apontados na literatura como preditores do impacto no cuidador, tais como: duração dos cuidados, idade, sexo, grau de parentesco e nível socioeconômico e de escolaridade dos cuidadores e pacientes.

Tem sido expressado pelos cuidadores familiares, que assumir a responsabilidade por idosos dependentes é uma tarefa exaustiva e estressante (FERNANDES, 2009). Cansados ou deprimidos, os cuidadores podem perceber erroneamente o idoso, ou seja, mais debilitado do que de fato ele é. Conforme Karsh

(2003), a melhora na qualidade de vida dos cuidadores possibilita a prestação de uma melhor assistência aos idosos influenciando positivamente no curso da doença crônica.

Partindo das considerações acima, entende-se que o conceito de qualidade de vida precisa ser trazido para o universo do cuidador de idoso.

Cárdenas (2004) destaca que estudos sobre qualidade de vida têm mostrado sua importância, tanto pelos aspectos conceituais nos diversos enfoques dados ao tema, quanto pela utilização do termo em diversas áreas e em diferentes períodos da história, bem como pelas múltiplas maneiras de avaliação e análise.

Nos últimos anos, de acordo com Kluthcovsky (2005), muito se tem falado e escrito sobre qualidade de vida. A bibliografia enfatiza a ampliação do conceito do termo, não apenas em relação ao aspecto quantitativo de vida, mas também ao aspecto qualitativo.

A avaliação da própria vida é um processo complexo quando se deseja concluir a respeito de sua qualidade. O indivíduo avalia sua vida passada, suas conquistas e seus fracassos. Ao mesmo tempo, encara o momento presente, olha para o futuro e analisa se as perspectivas são boas ou sombrias. Muitos fatores entram nesta avaliação, como os ambientais e pessoais, o físico, o mental, o social, além de seus valores e princípios (PASCHOAL, 2001).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK et al., 2000, p. 178).

Em relação à produção científica sobre a avaliação de qualidade de vida nos trabalhadores, o interesse vem aumentando, ainda que a passos mais lentos, quando comparado a estudos sobre qualidade de vida em determinados grupos de pessoas, principalmente aqueles grupos com doenças crônicas (DANTAS, 2003).

Lembrando o que foi citado por Karsch (1998, p. 23), “cuidadores são doentes em potencial e sua capacidade funcional está constantemente em risco”, conclui-se que investigar a percepção que os cuidadores de idosos têm sobre a sua qualidade de vida constitui importante objeto de pesquisa.

Portanto, este estudo tem como objetivo avaliar a qualidade de vida dos cuidadores de idosos, formais e informais, egressos de três turmas do Curso de Cuidadores de Idosos do Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná – SESA/PR, levantando questões que possam contribuir para melhorar a compreensão sobre as pessoas que exercem esta ocupação, e sua qualidade de vida.

Foi utilizado um instrumento genérico para avaliar qualidade de vida, elaborado por pesquisadores da Organização Mundial da Saúde, denominado WHOQOL-bref, na sua versão para o português. Este instrumento é composto por 26 (vinte e seis) facetas/questões, sendo que as duas primeiras avaliam a qualidade de vida geral – QVG, e as outras 24 (vinte e quatro) questões referem-se, cada uma, a uma faceta. Estas facetas estão distribuídas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Considerando a lacuna encontrada na literatura, o apoio institucional recebido e a necessidade de delimitar o problema a ser pesquisado, este estudo avalia a qualidade de vida dos cuidadores de idosos. Ele levanta questões que poderão contribuir para a melhoria da qualidade de vida desses cuidadores e para servir de base de argumentos, de justificativas ou de princípio para avaliações. Poderá também, auxiliar nas tomadas de decisões em todos os setores.

1.1 Problema da Pesquisa

Qual a avaliação da qualidade de vida dos cuidadores de idosos, formais e informais, egressos de três turmas do Curso de Cuidadores de Idosos do Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha - CFRH, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná – SESA/PR.

1.2. Objetivos

1.2.1 Geral

Avaliar a qualidade de vida dos cuidadores de idosos, formais e informais, egressos de três turmas do Curso de Cuidadores de Idosos do Centro Formador de

Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná – SESA/PR.

1.2.2 Específicos

- a) Caracterizar os cuidadores de idosos segundo condições sócio-demográficas;
- b) Identificar os domínios e as facetas representativas da qualidade de vida dos cuidadores de idosos.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Qualidade de vida

Qualidade de vida é um termo de difícil conceituação, e, durante as últimas décadas, apesar dos debates, não se chegou a um consenso (PASCHOAL, 2001).

Autores divergem sobre o início do uso da terminologia. Em seu artigo sobre qualidade de vida na pesquisa clínica, Wood-Dauphinee (1999) afirma que o termo foi utilizado pela primeira vez por Pigou, em 1920, em um livro sobre economia e bem-estar. Nesse livro ele discutiu o suporte governamental para pessoas de classes sociais menos favorecidas e o impacto sobre suas vidas, e, sobre o orçamento do estado.

Fleck et al. (1999a, p. 20) afirmam que o termo *qualidade de vida* foi utilizado pela primeira vez por Lyndon Johnson, em 1964, então presidente dos Estados Unidos, que declarou: “[...] 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”.

Após a Segunda Guerra Mundial, de acordo com Paschoal (2001), o termo *qualidade de vida* passou a ser mais utilizado. Para o autor, a noção de sucesso das pessoas e países estava associada à melhoria do padrão de vida, principalmente relacionado à obtenção de bens materiais, como por exemplo, possuir casa própria, aparelhos eletrônicos, carro e outros.

Assim, os conceitos propostos inicialmente sobre qualidade de vida enfatizavam os aspectos materiais, como salário, sucesso profissional e bens adquiridos, conforme refere Nahas (2001).

Paschoal (2001) explica que o termo *qualidade de vida* foi usado para criticar políticas, que tinham como objetivo o crescimento econômico sem limites, em que valores materiais assumiam importância fundamental.

Com o tempo, o conceito de *qualidade de vida* foi ampliado, a fim de medir o quanto uma sociedade havia se desenvolvido economicamente, utilizando-se os indicadores econômicos como instrumentos para medir e comparar a qualidade de vida. Com o passar dos anos, além do crescimento econômico, o desenvolvimento social -

como educação, saúde e lazer - também passou a fazer parte do conceito (SILVA; CROCOMO; JAQUES, 2003).

Minayo, Hartz e Buss (2000) relatam que fatores como satisfação, amor, felicidade, realização pessoal, relacionamentos com qualidade, percepção de bem-estar, emprego, acesso a serviços públicos, comunicação, urbanização, ambiente social, liberdade, solidariedade e outros, tem sido valorizados no conceito *de qualidade de vida*. Os autores consideram como componente fundamental para edificar uma vida com qualidade, o atendimento às necessidades humanas básicas como a alimentação, a moradia, a educação, trabalho, saúde e lazer.

Paschoal (2001) concorda com os autores citados anteriormente, afirmando que o conceito foi ampliado paulatinamente, englobando o desenvolvimento sócio-econômico e humano (aspecto objetivo), e, a percepção individual (aspecto subjetivo) das pessoas a respeito de suas vidas.

Para Farquhar (1995), o termo *qualidade de vida* é utilizado pela população em geral, por jornalistas, por políticos executivos e em pesquisas ligadas a várias especialidades, como a sociologia, a medicina, a enfermagem, a psicologia, a economia, a propaganda, a geografia, a história social e a filosofia.

Em função de sua natureza abstrata, Nahas (2001) refere que os conceitos de *qualidade de vida* são múltiplos e têm significados diferentes para diferentes pessoas, em locais e situações diferentes.

Paschoal (2001, p. 24) enfatiza a importância da avaliação da qualidade de vida percebida pela pessoa - qualidade de vida subjetiva, pois valoriza a opinião do indivíduo:

[...] *qualidade de vida* é um conceito que está submetido a múltiplos pontos de vista e que tem variado de época para época, de país para país, de cultura para cultura, de classe social para classe social e, até mesmo, de indivíduo para indivíduo. Mais: tem variado, para um mesmo indivíduo, conforme o decorrer do tempo. O que hoje, para mim, é uma boa qualidade de vida, pode não ter sido há algum tempo atrás; poderá não ser amanhã, ou daqui a algum tempo. Talvez possa variar, mesmo, de acordo com o meu estado de espírito, ou de humor. Essa multiplicidade de conceitos, colocados de forma tão heterogênea, dificulta comparações.

Nahas (2001) afirma também que a *qualidade de vida* tem um conceito diferente de pessoa para pessoa, tendendo a mudar ao longo da vida em função das circunstâncias sócio-históricas, gerando diferentes percepções sobre o tema.

A relatividade da noção de qualidade de vida, segundo Minayo, Hartz e Buss (2000), apresenta três formas de referência: histórica, cultural e modos *vivendis* das camadas superiores. A primeira, diz respeito ao fato de que em cada tempo de uma sociedade existe um parâmetro de qualidade de vida, que pode ser diferente de outra época, embora na mesma sociedade. A cultural refere-se aos valores e necessidades de cada povo, os quais se diferenciam de povo para povo; e, por fim, o modos *vivendis* das camadas superiores, haja visto que em sociedades com desigualdades muito fortes, as classes sociais mostram padrões de bem-estar estratificados e a idéia de qualidade de vida relaciona-se ao modo de viver.

Meeberg (1993) destaca que *qualidade de vida*, por ser intensamente marcada pela complexidade e subjetividade, envolve componentes físico, psicológico, social, cultural e espiritual da condição humana. No entanto, para Paschoal (2001), a subjetividade não seria pura e total, pois existem condições (componente objetivo) presentes no meio e na vida das pessoas que influenciam sua percepção de qualidade de vida.

Meeberg (1993) refere ainda que os aspectos subjetivos são essenciais, e que os aspectos objetivos são também necessários, pois podem alterar a percepção de pessoas que vivem em determinadas condições, e também de outras pessoas, quando comparadas às primeiras.

Mesmo não havendo consenso sobre o conceito de qualidade de vida, o *World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-100)* - instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida desenvolvido por um grupo de especialistas de diferentes culturas - apresenta três aspectos fundamentais referentes ao construto qualidade de vida: a subjetividade, a multidimensionalidade - que inclui, pelo menos, as dimensões física, psicológica e social - e a bipolaridade - que envolve a presença de dimensões positivas e negativas (FLECK et al., 1999a).

Em seu estudo sobre qualidade de vida no idoso, Paschoal (2001) acrescentou uma quarta característica, a mutabilidade, partindo do pressuposto que a avaliação da qualidade de vida pode mudar em função do tempo, local, pessoa e contexto cultural.

Muitos termos são utilizados na literatura como sinônimos de qualidade de vida, entre eles: bem-estar, felicidade, condições de vida e satisfação com a vida. Este último provavelmente é o mais comumente utilizado com este fim (MEEBERG, 1993). A mesma autora, em revisão da literatura, evidenciou quatro atributos relacionados à qualidade de vida: o sentimento de satisfação com a própria vida em geral; a capacidade mental de avaliar a própria vida como satisfatória ou de outra forma; um aceitável estado de saúde física, mental, social e emocional, determinado pelo indivíduo; e, uma avaliação objetiva sobre as adequadas condições de vida.

Para Nahas (2001), qualidade de vida refere-se ao nível de satisfação com a vida, à auto-estima e à percepção de bem-estar psicológico, às condições de trabalho e ao bem-estar geral ou *wellness*. Completa relatando que pelo menos duas realidades são importantes e devem ser consideradas no estudo da qualidade de vida: a vida social e familiar, inclusive o lazer, e a realidade do trabalho.

Segundo Paschoal (2001), as diferentes concepções e tendências de pesquisa sobre o construto de qualidade de vida seriam: a visão Aristotélica de qualidade de vida, na qual a *boa vida* seria a vida mais desejável, a vida de acordo com a mais alta das virtudes; o desenvolvimento humano; o bem-estar psicológico; a felicidade com a vida ou a alegria de viver; e, o preenchimento ou satisfação das necessidades.

Silva, Crocomo e Jaques (2003) relatam que *qualidade de vida* compreenderia áreas muito diversificadas como: satisfação pessoal, auto-estima, desempenho, situação econômica, comparação com os outros, experiência e conhecimento prévios, e, saúde.

Em trabalho sobre qualidade de vida em idosos, Paschoal (2001) realizou uma revisão bibliográfica tendo como base o LILACS, de 1982 até janeiro de 2000. Foram encontradas 727 referências sobre o tema *qualidade de vida*, das quais 289 (39,8%) eram brasileiras. Com essa pesquisa, o autor concluiu que qualidade de vida passou a ter importância na literatura brasileira de Ciências da Saúde a partir de 1992.

Segundo Paschoal (2001), um novo termo tem sido utilizado pelos pesquisadores dessa área, a saber: *qualidade de vida relacionada à saúde*. Essa é a tradução da expressão inglesa *Health-related Quality of Life*, de variada aplicação e significado impreciso.

Esse termo aproxima-se do conceito de estado subjetivo de saúde (*subjective health status*) e também está focado na avaliação subjetiva do indivíduo. No entanto, está ligado necessariamente ao impacto das condições de saúde sobre a capacidade da pessoa ter uma vida plena (GRUPO WHOQOL, 1998), ou para avaliar o impacto das doenças e dos tratamentos na vida dos pacientes, como referem Fleck, Cacamovich e Trentini (2003)

Dentro dessa discussão, surge uma dificuldade de entendimento: seria a qualidade de vida um domínio ou dimensão da saúde, ou saúde seria uma dimensão ou domínio de qualidade de vida? Essas dúvidas estão presentes inclusive em trabalhos de ensaios clínicos e em grande número de artigos da literatura médica. Contudo, nessa última, não se encontra uma clarificação do conceito e definição do tema. Portanto, não está suficientemente esclarecido o que os autores estão considerando como *qualidade de vida*, fator muito importante e necessário nas investigações científicas, inclusive para fins de comparação (BUSS, 2000; PASCHOAL, 2001).

Apesar das dificuldades conceituais, parece claro que *qualidade de vida* é eminentemente interdisciplinar, sendo necessária a contribuição de diferentes áreas do conhecimento para o aprimoramento metodológico e conceitual (SEIDL; ZANNON, 2004).

Observa-se um grande número de estudos na literatura sobre definições de *qualidade de vida*. Para Meeberg (1993), algumas bibliografias focalizam os aspectos subjetivos, outras os objetivos, e, outras utilizam ambos, de maneira unidimensional ou multidimensional. Alguns autores definem *qualidade de vida* em termos de satisfação com a vida ou satisfação das necessidades.

Diversos fatores levam à falta de consenso sobre a definição de *qualidade de vida*, tais como: a multidisciplinaridade de uso do termo, as diferenças com relação ao ambiente cultural, a dificuldade em escolher quais os componentes ou as dimensões do

conceito que seriam mais importantes na definição, e, também, a multiplicidade de medidas de avaliação (FARQUHAR, 1995).

Segundo Cárdenas e Ciancirullo (1999, p. 21):

[...] a maioria das definições refere-se a percepções de bem-estar, satisfação de necessidades, a habilidade para alcançar segurança e auto-estima e a cumprir metas pessoais, satisfação e insatisfação com a vida.

A autora conclui que qualidade de vida envolve os valores e a qualidade da participação da pessoa em diversas dimensões da vida.

A natureza abstrata do termo *qualidade de vida*, para Paschoal (2001), explica porque *boa qualidade* tem significados diferentes, bem como o motivo de haver diversas e inúmeras definições, o que torna difícil até mesmo as comparações entre os trabalhos, pois o que é definido em uns, não o é em outros. Algumas definições de *qualidade de vida* encontradas na literatura estão descritas no quadro a seguir.

AUTOR	CONCEITO
Dantas (2003, p. 533)	Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana e abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades. Tais significados refletem o momento histórico, a classe social e a cultura a que pertencem os indivíduos.
Ruffino-Neto (1992, p. 64)	[...] qualidade de vida boa ou excelente aquela que ofereça um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar; trabalhar produzindo bens ou serviços; fazendo ciência ou artes; vivendo para ser meios utilitários ou utilitários fins [...], ou simplesmente existindo.
Meeberg (1993, p. 37)	Qualidade de vida é o sentimento de satisfação geral com a vida, determinado pelo indivíduo mentalmente alerta cuja vida está sendo avaliada. Outra pessoa, de preferência alheia à situação de vida desse indivíduo, deve também concordar que as condições de vida deste último não ameaçam a vida e são adequadas para satisfazer suas necessidades básicas.
Minayo, Hartz e Buss (2000, p. 8)	Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação com a vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.
Tamaki (2000, p. 21)	Qualidade de vida poderia ser definida como a satisfação das necessidades individuais. O bem-estar provocado pela satisfação das suas necessidades definiria a qualidade de vida do indivíduo e a soma do bem-estar de todos os indivíduos constituiria a qualidade de vida da população.
Nahas (2001, p.5)	Qualidade de vida é a condição humana resultante de um conjunto de parâmetros individuais e sócio-ambientais, modificáveis ou não, que caracterizam as condições em que vive o ser humano.

Quadro 1 – Conceitos de qualidade de vida

O presente estudo sobre qualidade de vida dos cuidadores de idosos está centrado na definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), que deixa implícita a

idéia de que o conceito de qualidade de vida é subjetivo, multidimensional e inclui elementos de avaliação tanto positivos como negativos (FLECK et al., 1999b).

De acordo com The WHOQOL Group (1995 p.1403), qualidade de vida é definida como “[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

2.2 Instrumento de avaliação de qualidade de vida

Para se conhecer a qualidade de vida das pessoas são necessários, além do conhecimento sobre os aspectos conceituais e definições, a utilização de instrumentos de avaliação. É possível observar, nos últimos anos, um grande número de instrumentos de avaliação da qualidade de vida traduzidos e validados para o português (SILVA; CRONOMO; JAQUES, 2003).

Os autores supracitados destacam que é crescente o interesse e a ênfase de muitos autores sobre a necessidade e a importância da avaliação e mensuração da qualidade de vida, inclusive na área da saúde.

Desde a década de 70, de acordo com Fleck, Cacamovich e Trentini (2003), a avaliação da qualidade de vida passou de uma atividade restrita a uma disciplina formal, tanto do ponto de vista teórico, quanto metodológico e de aplicação.

Paschoal (2001) acrescenta que essa avaliação foi gradualmente incorporada ao setor saúde, principalmente como técnica de pesquisa clínica e formuladora de políticas públicas.

Segundo Tamaki (2000, p.21), qualquer método utilizado para avaliar qualidade de vida

[...] vai ser reducionista, pois é um objeto permeado por múltiplas facetas, em que não existe ou não é possível criar um modelo agregador que as reúna, todas, em uma construção coerente, lógica, consensual e com uma capacidade explicativa do fenômeno da vida, da qualidade de vida.

As dificuldades encontradas por muitos autores em conceituar qualidade de vida se estendem às possibilidades de sua mensuração. Existem indicadores objetivos e concretos, como índice de desemprego, densidade populacional, condições de moradia

e financeiras, e, indicadores abstratos e subjetivos, baseados em informações colhidas diretamente dos indivíduos estudados, que não podem ser considerados isoladamente (PASCHOAL, 2001).

De fato, para o mesmo autor referido acima, ao longo do tempo, a forma de avaliação se alterou: além de parâmetros objetivos, foi incorporada a subjetividade de percepção das pessoas, relatados anteriormente.

Apesar das dificuldades de mensuração, as avaliações dos indicadores subjetivos expressam melhor a experiência de vida, uma vez que consideram o significado que as pessoas atribuem às suas experiências, ou seja, o seu caráter pessoal, relacionados com a cultura, valores e necessidades, e, perspectivas de bem-estar (CÁRDENAS; CIANCIRULLO, 1999).

Os autores ainda afirmam que outra dificuldade é a escolha dos múltiplos fatores que devem ser considerados para se avaliar qualidade de vida, enfatizando quais são importantes para os indivíduos, já que a humanidade avança em uma perspectiva dinâmica, com diferentes prioridades em diferentes culturas e crenças.

Nos anos de 1990 foram elaborados muitos instrumentos de avaliação da qualidade de vida, a maioria nos Estados Unidos e na Inglaterra, que uma vez traduzidos foram utilizados em outros países (FLECK et al., 1999b).

No Brasil, de acordo com Seidl e Zannon (2004), a partir de 1992, as pesquisas se expandiram, sendo realizados trabalhos de tradução, adaptação transcultural e validação de questionários estrangeiros.

Os instrumentos comumente utilizados para avaliação da qualidade de vida são os questionários auto-aplicados e as entrevistas (SEIDL; ZANNON, 2004).

A produção de sofisticados questionários para avaliar qualidade de vida, sejam específicos ou globais, revelam a grande variação de modelos de aplicação e de tipos de instrumentos bem como a ênfase, extensão e duração de aplicação, local do estudo, tipos de indivíduos que serão estudados - população saudável ou doente - e o enfoque geral de avaliação (CÁRDENAS; CIANCIRULLO, 1999).

Minayo, Hartz e Buss (2000) referem sobre a existência de diversos instrumentos para medir qualidade de vida, como os indicadores compostos e as medidas genéricas e específicas. Para esses autores, alguns têm no campo da saúde seu objeto

propriamente dito, outros tratam a saúde como componente de um indicador composto, podendo-se utilizar, por exemplo, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que se baseia em dados referentes à renda, saúde e educação.

Os autores supracitados acrescentam indicadores semelhantes: o Índice de Condições de Vida, composto de 20 (vinte) indicadores em cinco dimensões - renda, educação, infância, habitação e longevidade -, e, o Índice de Qualidade de Vida, que inclui um conjunto de nove fatores - trabalho, segurança, moradia, serviços de saúde, dinheiro, estudo, qualidade do ar, lazer e serviços de transporte -, analisados a partir do ponto de vista da população.

As medidas genéricas usam questionários de base populacional sem especificar patologias e podem ser destinadas à avaliação da qualidade de vida geral. As *medidas específicas* apontam, em geral, para a qualidade de vida dos indivíduos, relacionadas à experiência com doenças, agravos ou intervenções médicas, referindo-se às doenças crônicas ou às consequências crônicas de doenças ou agravos agudos, de acordo com Minayo, Hartz e Buss (2000).

Com o objetivo de construir um instrumento que avaliasse a qualidade de vida em uma perspectiva internacional, um Grupo de Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da OMS, organizou um projeto colaborativo multicêntrico. Este projeto foi realizado com a colaboração de 15 (quinze) centros simultaneamente, com diferenças relacionadas à cultura, aos níveis de industrialização, à disponibilidade de serviços de saúde, entre outros. Os centros envolvidos foram: Melbourne (Austrália), Zagreb (Croácia), Paris (França), Nova Delhi (Índia), Madras (Índia), Beer-Sheeva (Israel), Tóquio (Japão), Tilburg (Holanda), Panamá (Panamá), São Petesburgo (Rússia), Barcelona (Espanha), Bangock (Tailândia), Bath (Reino Unido), Seattle (EUA) e Harare (Zimbábue). O resultado desse projeto foi a elaboração do *WHOQOL-100* (FLECK et al., 1999a).

De acordo com Barros (2002), foram propósitos desse grupo: avaliar a qualidade de vida em uma perspectiva transcultural e em diferentes realidades; realizar pesquisa epidemiológica em vários centros; utilizar uma abordagem holística para saúde; avaliar qualidade de vida de forma subjetiva, além do desenvolvimento de um instrumento geral de avaliação.

Segundo Fleck et al. (1999a), o desenvolvimento do *WHOQOL*-100 foi realizado em vários estágios. O primeiro estágio foi a clarificação do conceito de qualidade de vida, realizada por especialistas internacionais, considerando três aspectos fundamentais: a subjetividade, a multidimensionalidade - física, psicológica, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade/religião/crenças pessoais - e a bipolaridade - dimensões positivas e negativas.

O segundo estágio, de acordo com os mesmos autores referidos acima, foi o estudo piloto qualitativo, em 15(quinze) cidades de 14(quatorze) países. Esse estágio foi realizado por meio de revisão pelos especialistas; e, de grupos focais e de painéis escritos por especialistas e leigos, que envolveram o desenvolvimento do construto qualidade de vida através das diferentes culturas, determinando os domínios e facetas de qualidade de vida, o esboço das questões e a geração das escalas de resposta tipo *Likert de 5 pontos*.

O terceiro estágio foi o desenvolvimento do teste piloto, com a administração do instrumento padronizado em termos de formato, instruções, questões e administração, com 235(duzentas e trinta e cinco) questões, distribuídas em 29(vinte e nove) facetas da qualidade de vida, em cada um dos 15(quinze) centros. Foi aplicado para 250 (duzentos e cinquenta) pacientes e 50(cinquenta) pessoas saudáveis em cada centro, totalizando 4.500 pessoas. A análise destes dados teve por finalidade examinar a validade de construto das facetas e domínios do *WHOQOL*, escolher as melhores questões para cada faceta e estabelecer a consistência interna e a validade discriminante do instrumento (FLECK et al., 1999a).

O quarto estágio foi o teste de campo, com a aplicação em grupos homogêneos de pacientes. Foram estabelecidas a sensibilidade à mudança, a confiabilidade teste-reteste e a validade de critério - especificamente, a validade convergente, discriminante e preditiva. A versão do *WHOQOL* foi então elaborada com 100 questões, com escores em seis domínios e 24(vinte e quatro) facetas (FLECK et al., 1999a).

Os seis domínios e as 24(vinte e quatro) facetas do *WHOQOL*-100, conforme o Grupo *WHOQOL* (1998), foram elaborados da seguinte forma:

Domínio 1 – Domínio físico:

a) Dor e desconforto;

- b) Energia e fadiga;
- c) Sono e repouso.

Domínio 2 – Domínio psicológico:

- a) Sentimentos positivos;
- b) Pensar, aprender, memória e concentração;
- c) Autoestima;
- d) Imagem corporal e aparência;
- e) Sentimentos negativos.

Domínio 3 – Nível de Independência

- a) Mobilidade;
- b) Atividades da vida cotidiana;
- c) Dependência de medicação ou de tratamentos;
- d) Capacidade de trabalho.

Domínio 4 – Relações sociais

- a) Relações pessoais;
- b) Suporte (apoio) social;
- c) Atividade sexual.

Domínio 5 – Ambiente

- a) Segurança física e proteção;
- b) Ambiente no lar;
- c) Recursos financeiros;
- d) Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade;
- e) Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades;
- f) Participação em, e oportunidades de recreação/lazer;
- g) Ambiente físico: poluição/ruído/trânsito/clima;
- h) Transporte.

Domínio 6 – Aspectos espirituais/Religião/Crenças pessoais)

Espiritualidade/religião/crenças pessoais.

Depois da elaboração do *WHOQOL-100* e objetivando sua utilização em larga escala, novos centros foram admitidos, inclusive o Brasil. O grupo *WHOQOL* estabeleceu uma metodologia a ser seguida para as novas versões, que incluía: a tradução do instrumento, a preparação do teste piloto, o desenvolvimento das escalas de respostas e a administração do piloto (GRUPO WHOQOL, 1998).

No Brasil, a versão em português do *WHOQOL-100* foi desenvolvida no Centro *WHOQOL* para o Brasil, no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, coordenado pelo Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck, realizada segundo metodologias previamente preconizadas. Assim, as características psicométricas de consistência interna, validade discriminante, validade convergente, validade de critério e fidedignidade de teste-reteste, preencheram os critérios de desempenho exigidos (GRUPO WHOQOL, 1998).

Segundo Fleck et al (2000), devido à necessidade de instrumentos curtos e de rápida aplicação, o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolveu a versão abreviada do *WHOQOL-100*, o *WHOQOL-bref*. Para a versão abreviada, os dados foram retirados do teste de campo de 20(vinte) centros em 18(dezoito) países diferentes.

Para a seleção das questões, foi utilizado o critério conceitual e o critério psicométrico. No nível conceitual, o caráter abrangente do instrumento original foi preservado. Então, cada uma das 24(vinte e quatro) facetas do *WHOQOL-100* foi representada por uma questão. Considerando o nível psicométrico, a questão selecionada foi a que melhor se correlacionou com o escore total do *WHOQOL-100*, calculado pela média de todas as facetas. Posteriormente, as questões selecionadas foram examinadas por peritos para estabelecer se refletiam conceitualmente cada domínio de onde provinham (FLECK et al., 2000).

A versão final do *WHOQOL-bref* ficou composta por 26 questões, que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos extraídas do *WHOQOL-100*.

As duas primeiras questões avaliam a qualidade de vida geral e - calculadas em conjunto - geram um escore independente dos domínios. A primeira refere-se à qualidade de vida de modo geral e, a segunda, à satisfação com a própria saúde (THE WHOQOL GROUP, 1995).

As outras 24 (vinte e quatro) questões representam cada uma das 24 (vinte e quatro) facetas que compõem o instrumento original, distribuídas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente (GRUPO WHOQOL, 1998).

Os quatro domínios e as 24 (vinte e quatro) facetas do *WHOQOL-bref* (FLECK et al., 2000; GRUPO WHOQOL, 1998), são:

Domínio 1 – Domínio Físico:

- a) Dor e desconforto (questão 3);
- b) Dependência de medicação ou de tratamentos (questão 4);
- c) Energia e fadiga (questão 10);
- d) Mobilidade (questão 15);
- e) Sono e repouso (questão 16);
- f) Atividades da vida cotidiana (questão 17);
- g) Capacidade de trabalho (questão 18).

Domínio 2 – Domínio psicológico:

- a) Sentimentos positivos (questão 5);
- b) Espiritualidade/religião/crenças pessoais (questão 6);
- c) Pensar, aprender, memória e concentração (questão 7);
- d) Imagem corporal e aparência (questão 11);
- e) Autoestima (questão 19);
- f) Sentimentos negativos (questão 26).

Domínio 3 – Relações sociais:

- a) Relações pessoais (questão 20);
- b) Atividade sexual (questão 21);
- c) Suporte (apoio) social (questão 22).

Domínio 4 – Meio Ambiente:

- a) Segurança física e proteção (questão 8);
- b) Ambiente físico: poluição/ruído/trânsito/clima (questão 9);
- c) Recursos Financeiros (questão 12);
- d) Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades (questão 13);
- e) Participação em, e oportunidades de recreação/lazer (questão 14);
- f) Ambiente no lar (questão 23);
- g) Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade (questão 24);
- h) Transporte (questão 25).

As respostas das questões do *WHOQOL-bref* apresentam quatro tipos de escalas, com cinco níveis cada uma. Essas escalas do tipo *Likert*, que apresentam cinco níveis em cada uma delas, são as seguintes: a escala de intensidade, que varia de *nada* a *extremamente*; a escala de capacidade, que varia de *nada* a *completamente*; a escala de frequência, que varia de *nunca* a *sempre*; e, a escala de avaliação, que varia de *muito insatisfeito* a *muito satisfeito* e *muito ruim* a *muito bom*. Cada uma dessas palavras, chamadas palavras âncoras, possui pontuação de um a cinco. Os escores são invertidos para as questões 3, 4 e 26, em função de 1=5, 2=4, 3=3, 4=2 e 5=1, de acordo com a formulação da pergunta, para que fiquem positivamente ordenadas, acompanhando a direção dos demais itens. (BARROS, 2002; GRUPO WHOQOL, 1998)

O *WHOQOL-100* e o *WHOQOL-bref* são instrumentos para avaliação de qualidade de vida que podem ser utilizados tanto para populações saudáveis como para populações acometidas por agravos e doenças crônicas (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003).

A versão em português do *WHOQOL-bref*, no Brasil, foi desenvolvida no Centro *WHOQOL* para o Brasil. Foi realizada segundo metodologia preconizada para a versão deste documento. Assim como no *WHOQOL-100*, conforme esclarecido anteriormente, as características psicométricas de consistência interna, validade discriminante, validade convergente, validade de critério e fidedignidade de teste-reteste, preencheram os critérios de desempenho exigidos (GRUPO WHOQOL, 1998). A versão abreviada, por preservar cada uma das 24(vinte e quatro) facetas do instrumento

original, *WHOQOL-100*, preservou a abrangência do construto qualidade de vida, contendo itens relativos aos aspectos físicos, psicológicos, ao ambiente e relações sociais (FLECK et al., 2000).

Considerando a contribuição que estudos sobre qualidade de vida traz para melhor compreensão a respeito do tema - em diferentes grupos da sociedade -, a perspectiva de aumento do número de cuidadores de idosos e, a escassez de trabalhos sobre esses cuidadores, buscou-se analisar, neste estudo, a qualidade de vida destas pessoas.

2.3 Cuidadores de Idosos

Ravagni (2008) enfatiza que a velhice não deve ser considerada uma doença, mas a idade acarreta perdas funcionais no indivíduo e torna necessária uma adequação no seu estilo de vida, com a inclusão de novas formas de relacionamento com o meio.

As mudanças demográficas, em especial nos últimos 40 anos, levaram a uma mudança epidemiológica. Consequentemente, hoje, as doenças crônicas não transmissíveis relacionam-se às primeiras causas de morte da população bem como a seu perfil de morbidade. Tais doenças caracterizam-se principalmente por sua cronicidade e necessidade de acompanhamento e monitoramento constante. Na ausência ou inadequação de tal seguimento de assistência à saúde, podem advir sequelas, muitas vezes incapacitantes aos seus portadores, ocasionando uma condição de dependência bem como a necessidade da existência de um “cuidador” (DUARTE, 2001).

O autor supracitado refere ainda que o estudo americano demonstrou que, independente da presença de morbidades ou polimorbidades - comum entre os idosos - o aumento da faixa etária acompanha a diminuição progressiva da capacidade funcional para o desempenho das atividades de vida diária, chegando a cerca de 50% na faixa dos 90 anos.

Ravagni (2008) cita que as leis brasileiras de proteção à pessoa idosa – Política Nacional do Idoso, e o Estatuto do Idoso, baseadas na Constituição Brasileira, artigo 230, reafirmam que é obrigação da família cuidar da pessoa idosa. Ainda para o autor,

está claro nas leis que a obrigação da família é exercida juntamente com a comunidade, a sociedade e o poder público. No entanto, até agora, a maior carga de responsabilidade recai sobre a família, especialmente sobre a mulher, que sem preparo anterior, se vê transformada em cuidadora da pessoa idosa.

Para Pessoa (2007), esta responsabilidade culturalmente atribuída à mulher precisa ser mais bem avaliada, frente à nova tessitura social e familiar que desponta na sociedade atual.

Esse cuidador familiar é denominado cuidador informal para diferenciar do cuidador formal, sendo esse último, o profissional que recebeu um treinamento específico para a função e exerce a atividade de “cuidador”, mediante uma remuneração, mantendo vínculos contratuais (DUARTE, 1997).

Fernandes (2009) destaca que a experiência de assumir a responsabilidade por idosos dependentes tem sido colocada, pelos cuidadores familiares, como uma tarefa exaustiva e estressante. Isso é justificado pelo envolvimento afetivo e por ocorrer a transformação de uma relação anterior de reciprocidade, para uma relação de dependência. O cuidador, nessa situação, passa a desempenhar atividades relacionadas ao bem-estar físico e psicossocial dos idosos, bem como, a ter restrições em relação à sua própria vida.

Para Karsh (2003), muitos familiares assumiram esse encargo sem ter recebido formação anterior. Foram obrigados a continuar com esta responsabilidade durante longo tempo, acumulando cansaço, sem receber apoio nem orientação para enfrentar as mudanças que vão ocorrendo na saúde da pessoa idosa.

O mesmo autor ressalta que a capacitação de recursos humanos, isto é, de cuidadores informais e formais, tornou-se uma necessidade, sendo realizada por meio da organização de cursos e treinamentos em serviços com destaque para: apoio às atividades da vida diária, ajuda no processo saúde/doença, fatores facilitadores da integração idoso/família e idoso/sociedade. Por meio dessa formação, os cuidadores terão condições de exercer com maior capacidade sua função, favorecendo, desta forma, a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas.

Segundo Duarte (2006), muitas foram as iniciativas relativas ao que se denominou “capacitação” do cuidador. A diversidade destas ações, no entanto vem

causando muita polêmica tanto em termos assistenciais como em termos legais em virtude do confronto com os Conselhos Regionais de Enfermagem uma vez que o entendimento e encaminhamento equivocado destas capacitações em muitas ocasiões entraram em conflito com a lei do exercício profissional desta categoria profissional.

Tornou-se então necessário iniciar uma discussão acerca das questões assistenciais e legais que envolvem esta atividade.

Concluiu-se que é inegável a necessidade cada vez mais freqüente de cuidadores nos cenários assistenciais. Esses, no entanto, necessitam e sentem necessidade de um acompanhamento formal que vise auxiliá-los de forma a construir uma parceria de cuidado (DUARTE, 2006).

Os enfermeiros, dada sua especificidade de atuação, são fundamentais na orientação de cuidadores, familiares ou não. Devem estar presentes e fornecer as orientações necessárias quer individualmente ou através de cursos. Porém, tais cursos, devem contemplar apenas atividades relacionadas ao desempenho de atividades da vida diária (DUARTE, 2006).

O Conselho Regional de Enfermagem-SP entendeu que as instituições asilares bem como os serviços/empresas de Assistência Domiciliar podem ter em seus quadros “cuidadores leigos” desde que a esses sejam apenas atribuídas funções relacionadas ao desempenho de atividades da vida diária (DUARTE, 2006).

O reconhecimento como uma ocupação, e não como profissão, faz com que não haja obrigatoriedade de regulamentação, pelo Ministério da Educação, em relação aos cursos de cuidadores de idosos. Frente a isso, na realização desses cursos não existe uma padronização e normas fixas quanto ao conteúdo ou carga horária mínima obrigatória. Até o presente, o programa e o tempo de duração estão a critério do profissional ou da entidade que os organizam. O mesmo acontece com relação às exigências sobre o perfil do aluno (BRASIL, 2008).

Apesar desse contexto, desde 1998, quando foi realizado em caráter experimental o curso “O processo de cuidar do idoso”, pela Secretaria Nacional de Assistência Social, Órgão do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), ocorreram inúmeros encontros com organizações que oferecem capacitação

para o cuidador da pessoa idosa, com o objetivo de definir diretrizes para esses cursos (BRASIL, 2008).

Em relação à idade, ficou estabelecido que o futuro cuidador formal deve ter mais de 18 anos. Quanto à escolaridade mínima, deve ter completado o correspondente ao ensino fundamental (BRASIL, 2008).

O curso deve ser estruturado com o mínimo de 100 (cem) horas de duração, com 80 (oitenta) aulas teóricas e 20 (vinte) práticas. Nele devem ser abordados os diversos aspectos do envelhecimento, as condições para manter uma boa saúde, as doenças mais comuns que ocorrem na velhice, as relações interpessoais entre idoso, família e cuidador, informações sobre rede de serviço e legislação, a ética e a função do cuidador e, finalmente, o auto-cuidado do cuidador. Nas aulas práticas devem ser trabalhadas e observadas as diversas funções do cuidador da pessoa idosa, de modo a colocar em prática os conhecimentos adquiridos em sala de aula (BRASIL, 2008).

As principais tarefas próprias da ocupação do cuidador formal, segundo Ravagni (2008, p 57), que devem ser contempladas nos cursos, estão relatadas a seguir:

- a) Ajudar, estimular e realizar, caso seja indispensável, as atividades de vida diária, ou seja, a higiene pessoal e bucal, a alimentação, a locomoção, entre outras.
- b) Cuidar do vestuário por meio da organização da roupa que vai ser usada, dando sempre à pessoa idosa o direito de escolha; manter o armário e os objetos de uso arrumados e nos locais habituais; e cuidar da aparência da pessoa idosa - das unhas e cabelos - de modo a aumentar a sua auto-estima.
- c) Facilitar e estimular a comunicação com a pessoa idosa, conversando e ouvindo-a; acompanhá-la em seus passeios e incentivá-la a realizar exercícios físicos - sempre que autorizados pelos profissionais de saúde - e a participar de atividades de lazer. Dessa forma, ajudará a sua inclusão social e a melhorar sua saúde.
- d) Acompanhar a pessoa idosa aos exames, consultas e tratamentos de saúde, e transmitir, aos profissionais de saúde, as mudanças no comportamento e no humor ou aparecimento de alterações físicas - temperatura, pressão, sono, entre outras.
- e) Cuidar da medicação oral da pessoa idosa, em dose e horário prescritos pelo médico. Em caso de injeções, mesmo com receita médica, é proibido ao cuidador aplicá-las. Deverá recorrer a um profissional da área de enfermagem.

f) Estimular a auto-suficiência da pessoa idosa e, para tanto, o cuidador deverá, sempre que possível, fazer com ela e não para ela.

Muitas vezes as famílias, ignoram as tarefas específicas do cuidador, cobrando dele afazeres domésticos, situação que frequentemente o afasta do atendimento à pessoa idosa.

Por outro lado é difícil assinalar as tarefas do cuidador familiar, pois depende de cada família e de quem é cuidado.

Algumas das tarefas habituais de um cuidador familiar, segundo Born (2008, p. 59), são:

- Ajudar nas atividades domésticas: cozinhar, lavar, limpar, passar ferro.
- Assistir a pessoa idosa na sua locomoção fora de sua casa, ou seja, acompanhar ao médico, ir à igreja, fazer um passeio, etc.
- Assistir a pessoa idosa a movimentar-se dentro de sua casa.
- Ajudar na higiene e cuidados pessoais como pentear, tomar banho, entre outros.
- Ajudar na administração do dinheiro e bens.
- Administrar medicamentos.
- Ajudar nos cuidados de enfermagem.
- Procurar proporcionar conforto e tranquilidade à pessoa idosa em situações de crise, como por exemplo, quando fica agitado ou ansioso.
- Ajudar na comunicação com os outros, quando existem dificuldades para expressar-se.
- Fazer pelo seu familiar pequenas tarefas da vida diária, isto é, levar-lhe um copo de água, acomodá-lo em frente à televisão, etc.

Cuidar de uma pessoa idosa da família é, para Karsh (2003), geralmente uma experiência duradoura que exige uma reorganização da vida familiar, profissional e social. Quem assiste a familiares idosos costuma relatar que sua vida foi afetada de diversas maneiras desde que começou essa atividade.

Ribeiro (2008) refere que os cuidadores experimentam um grande número de emoções e sentimentos, alguns positivos, como a satisfação de poder contribuir para o bem estar de uma pessoa querida. Outros são freqüentemente negativos, como a sensação de impotência, sentimentos de culpa, solidão, preocupação ou tristeza.

Uma situação de cuidado prolongado afeta a saúde dos cuidadores, que relatam apresentar cansaço e sensação de que sua saúde começou a piorar desde que começaram a cuidar do familiar idoso (BRASIL, 2008).

Atualmente, as publicações têm considerado como cuidadores todas as pessoas que dispensam cuidados a terceiros sendo, então, utilizada uma classificação para as multiquificações desses indivíduos. Segundo a classificação de Wanderley (1998), existem vários tipos de cuidadores com suas particularidades, porém a autora ressalta que não são categorias excludentes, mas complementares, podendo o cuidador apresentar mais de uma classificação. Os referidos tipos encontram-se listados a seguir:

- a) cuidador remunerado: recebe um rendimento pelo exercício da atividade de cuidar;
- b) cuidador voluntário: não é remunerado;
- c) cuidador principal: tem a responsabilidade permanente da pessoa sob seu cuidado;
- d) cuidador secundário: divide de alguma forma a responsabilidade do cuidado com um cuidador principal, auxiliando-o, substituindo-o;
- e) cuidador leigo: não recebeu qualificação para o exercício profissional da atividade de cuidar;
- f) cuidador profissional: possui qualificação específica para o exercício da atividade, por exemplo, enfermeiro, terapeuta, etc;
- g) cuidador familiar: tem algum parentesco com a pessoa cuidada;
- h) cuidador terceiro: não possui qualquer grau de parentesco com a pessoa cuidada.

Diante do exposto, entende-se que a quantidade de trabalho necessária para cuidar de uma pessoa idosa, a pressão psicológica e o esforço despendido para atender a todos esses problemas cotidianos são fatores comuns a todos os cuidadores. Por esse motivo, quem cuida de idosos pode sofrer de problemas de saúde, psicológicos - sentimentos de mal estar, depressão e sensação de sobrecarga - e sociais - relações familiares tensas e problemas profissionais.

É muito importante verificar de que forma a ocupação de cuidador da pessoa idosa afeta a vida dos cuidadores formais e informais. Conhecer as mudanças ocasionadas por esta atividade se faz necessário, pois, a partir disso, será possível buscar práticas que venham melhorar, na medida do possível, tal situação.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo de pesquisa

Este é um estudo descritivo-exploratório, de corte transversal e abordagem quantitativa, de acordo com Oliveira (1997), do qual participaram Cuidadores de Idosos egressos do Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha, da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

Apesar das limitações do estudo transversal, este tem sido muito utilizado quando se pretende examinar a relação entre eventos. Além disso, também é um método rápido, simples, de baixo custo e objetivo na coleta de dados, sendo um tipo de desenho mais utilizado na epidemiologia atual (ALMEIDA FILHO, 1992).

3.2 Aspectos éticos.

Inicialmente foi solicitada autorização da direção do Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha, da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, para a realização da investigação junto aos alunos do curso de Cuidadores de Idosos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, sob o parecer n° 62/09 (ANEXO 1).

Antes de iniciar a coleta dos dados, todos os sujeitos – incluindo os participantes do estudo piloto - foram esclarecidos sobre o objetivo do estudo, o modo de aplicação e o destino dos dados. Também foram informados que a participação no estudo seria voluntária, que os resultados seriam tratados com confidencialidade e com garantia do anonimato das informações.

Todos os participantes do estudo, inclusive os do estudo piloto, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), nos termos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996)

3.3 Estudo piloto

O estudo piloto foi realizado com seis funcionários de nível médio, aproximadamente 10% do número total de sujeitos previstos para a pesquisa. No estudo piloto não houve dificuldade para o entendimento das questões do questionário e os dados coletados não foram incluídos na pesquisa.

3.4 Universo da pesquisa, população e amostra

Foram considerados, no presente estudo, todos os cuidadores formais e informais, egressos das três turmas do Curso de Cuidadores de Idosos, oferecido a duas turmas no ano de 2008 e para uma em 2009 do Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha - Paraná (CFRH-PR).

O Centro Formador é uma Escola Técnica vinculada à Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). Ela faz parte da Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS), que “é uma rede governamental criada pelo Ministério da Saúde (MS) para facilitar a articulação entre as 36 Escolas Técnicas do SUS e fortalecer a Educação Profissional em Saúde” (BRASIL, 2008). Não paginado.

A missão do CFRH é:

formar e qualificar trabalhadores da área da saúde para que se tornem agentes de mudanças, mantendo e acessando postos de trabalho, sem perder de vista a visão de futuro, que é ser uma escola de referência, fomentando técnicas pedagógicas para outras escolas formadoras na área da saúde” (PARANÁ, 1989, p.1).

. O curso de Cuidadores de Idosos do CFRH objetivou atender as proposições da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e teve como critério, para matrícula:

- trabalhar como cuidador em Instituições de Longa Permanência para Idosos;
- cuidar de idoso, formalmente, em domicílio;
- cuidar de idoso familiar;
- ter intenção de trabalhar como cuidador de idoso.

Em relação à idade, ficou estabelecido que o cuidador precisa ter mais de 18 anos e deve, preferencialmente, ter completado o correspondente ao ensino fundamental.

O curso foi estruturado com 100 (cem) horas de duração, sendo 80 (oitenta) aulas teóricas e 20 (vinte) práticas. Foram abordados os diversos aspectos do envelhecimento, as condições para manter uma boa saúde, as doenças mais comuns que ocorrem na velhice, as relações interpessoais entre idoso, família e cuidador, informações sobre rede de serviço e legislação, a ética e a função do cuidador e, finalmente, o auto-cuidado do cuidador. Nas aulas práticas foram trabalhadas e observadas as diversas funções do cuidador da pessoa idosa, de modo a colocar em prática os conhecimentos adquiridos em sala de aula.

O critério para exclusão do estudo foi a recusa em participar e a não presença na reunião(12 casos), correspondendo a 16,9% (n=12) do total de 71 alunos do município de Curitiba.

O grupo de estudo ficou então composto por 59 Cuidadores de Idosos, que responderam ao questionário, o que representa 83,1% do total de alunos.

3.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi feita durante duas reuniões, realizadas no CFRH, para este objetivo, nos dias 16 e 19 de maio, para as quais foram convidados os alunos das turmas do curso de Cuidador de Idoso, realizadas em Curitiba, nos anos de 2008 e 2009. Todos os dados foram coletados pela pesquisadora, com o apoio de dois profissionais de nível médio, no mês de maio de 2009.

As informações do questionário foram registradas pelos sujeitos de forma autoadministrada.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi o questionário sobre qualidade de vida da OMS, o WHOQOL-bref (GRUPO WHOQOL, 1998). O questionário foi respondido pelos alunos, de forma individual, em um único encontro, utilizando-se como

referência para as respostas as últimas duas semanas de vida de cada um deles, conforme preconizado nas orientações de utilização do instrumento.

3.6 Instrumento de coleta de dados

O instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida dos sujeitos desta investigação foi o WHOQOL - bref ou WHOQOL-abreviado na versão traduzida para o português, instrumento esse de rápida aplicação, que consiste na versão abreviada do WHOQOL-100, ambos desenvolvidos pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS.

O WHOQOL-bref é composto de duas partes, segundo modelo proposto pela OMS (GRUPO WHOQOL, 1998). A primeira parte refere-se à ficha de informações sobre o respondente, que procura caracterizar os sujeitos quanto ao sexo; idade; nível educacional; estado civil; situação, diagnóstico, problemas e regime de cuidados de saúde, bem como a forma de administração do questionário. Neste questionário foi acrescentado, para este estudo, perguntas sobre a situação atual de trabalho dos cuidadores de idosos com objetivo de verificar como está o mercado de trabalho de cuidadores de idosos no que diz respeito a trabalho na área, remuneração e tipo de contrato. Os cuidadores de idosos que no momento da pesquisa estavam cuidando de algum idoso foram classificados como em atividade, independentemente de receberem ou não pagamento; aos que estavam em atividade foi perguntado se eram pagos para cuidar de idoso; e ao que estavam sendo pagos foi perguntado se tinham contrato formal de trabalho (ANEXO B).

A segunda parte consta de 26 (vinte e seis) questões (ANEXO C). As duas primeiras são chamadas *overall* ou Qualidade de Vida Geral (QVG), e, quando calculadas em conjunto, geram um escore independente dos domínios. A primeira (Q1) refere-se à qualidade de vida de modo geral, e a segunda (Q2), à satisfação com a própria saúde.

Estas duas questões serão designadas neste estudo como QVG.

As outras 24 (vinte e quatro) questões estão distribuídas em quatro domínios e suas respectivas facetas:

Domínio I - domínio físico, que focaliza as seguintes facetas: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, capacidade de trabalho. Este domínio é composto por 7 questões.

Domínio II - domínio psicológico, composto por 6 questões, cujas facetas são: sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais.

Domínio III - relações sociais, que inclui as facetas relacionadas às relações pessoais, suporte social, e atividade sexual. Este domínio é composto por 3 questões.

Domínio IV - domínio meio ambiente, que apresenta 8 questões que abordam as facetas de 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 em oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico: (poluição, ruído, trânsito, clima), transporte.

A escolha desse questionário, como instrumento de coleta de dados, justifica-se pelo fato de o WHOQOL-bref ter sido aplicado na versão em português, desenvolvido e validado sob critérios científicos e éticos rigidamente respeitados, mostrando características psicométricas satisfatórias e fundamentais quando da escolha de um instrumento para avaliação da qualidade de vida (FLECK et al., 2000).

3.7 Tratamento e análise estatística dos dados

Os dados foram processados em microcomputador e analisados no banco de dados do aplicativo Excel e determinados o Escore Bruto e os Escores Transformados 4-20 e 0-100. Todos estes escores foram calculados para cada sujeito pesquisado. O desempenho coletivo, em termos de qualidade alcançada, obteve-se pelo agrupamento de respostas, conforme domínios e facetas (GRUPO WHOQOL, 1998).

Quanto aos cálculos dos escores sobre a qualidade de vida, utilizou-se a sintaxe disponibilizada pelo Grupo WHOQOL, que calcula os escores da qualidade de vida geral - questões 1 e 2 calculadas em conjunto e que geram um único escore, independente dos escores dos domínios – e dos domínios - questões 3 a 26 -, não havendo um escore único total de avaliação, mas escores que devem ser avaliados separadamente, devido a multidimensionalidade do construto qualidade de vida (FLECK, 2000; FLECK et al., 2000; GRUPO WHOQOL, 1998).

Os índices das facetas compõem os domínios aos quais pertencem e são utilizadas para o cálculo dos escores dos domínios. Tanto a Qualidade de Vida Geral - QVG quanto os domínios, são medidos conforme opções da escala numérica do tipo Likert, que pode variar de um a cinco, conforme colocado a seguir:

Questão 1: 1.muito ruim; 2.ruim; 3.nem ruim, nem boa; 4.boa; 5.muito boa; para

Questão 2: 1.muito insatisfeito; 2.insatisfeito; 3.nem satisfeito nem insatisfeito; 4.satisfeito; 5.muito satisfeito.

Questões 1 a 9: 1.nada; 2.muito pouco; 3.mais ou menos; 4.bastante; 5.extremamente.

Questões 10 a 15: 1.muito ruim; 2.ruim; 3.nem ruim nem bom; 4.bom; 5.muito bom.

Questões 16 a 25: 1.muito insatisfeito; 2.insatisfeito; 3.nem satisfeito, nem insatisfeito; 4.satisfeito; 5.muito satisfeito.

Questão 26: 1.nunca; 2.algumas vezes; 3.frequentemente; 4.muito frequentemente; 5.sempre.

Os dados da ficha de informações sobre o respondente foram analisadas a partir da distribuição percentual.

Para comparações entre gêneros, faixas etárias, sexo, cuidadores atuantes e cuidadores não atuantes, foi utilizado o Teste t, com nível de significância de 5%.

As equações para computação dos escores nos vários domínios estão apresentadas na seqüência, conforme preconizado pelo GRUPO WHOQOL (1998):

STEPS FOR CHECKING AND CLEANING DATA AND COMPUTING FACET AND DOMAIN SCORES

Recode q3 q4 q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).

(scores based on a 4-20 scale)

compute dom 1= (mean.6 (q3, q4, q10, q15, q16, q17, q18)) * 4.

compute dom 2= (mean.5 (q5, q6, q7, q11, q19, q26)) * 4

compute dom 3= (mean.2 (q20,q21,q22)) * 4

compute dom 4= (mean.6 (q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24, q25)) * 4

compute overall= (mean.2 (q1, q2)) * 4

(scores transformed to a 0-100 scale)

compute dom1b= (dom1 - 4) * (100/16).

compute dom2b= (dom2 - 4) * (100/16).

compute dom3b= (dom3 - 4) * (100/16).

compute dom4b= (dom4 - 4) * (100/16).

compute q1b= (q1 - 1) * (100/16).

compute q2b= (q2 - 1) * (100/16).

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA

4.1 Características sociodemográficas

O estudo foi realizado com 71 Cuidadores de Idosos, no Centro Formador de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, egressos de três turmas dos Cursos de Cuidador de Idoso, da cidade de Curitiba – PR, dos quais 83,1% (n=59) participaram da pesquisa.

Com a finalidade de comparação, os resultados estão apresentados e fundamentados em reflexões de estudos que utilizaram o instrumento WHOQOL-bref para coleta de dados, e, em outros estudos, conforme a literatura.

Do total dos 59 (100%) alunos estudados, 17,0% (n=10) eram do sexo masculino e 83,0% (n=49) do sexo feminino. Portanto, neste grupo de Cuidadores, a maioria foi constituída por mulheres.

Dados semelhantes quanto ao sexo, foram obtidos por Schmidt (2004) em estudo sobre qualidade de vida no trabalho de 105 profissionais de enfermagem, no qual 82,9% (n=87) eram mulheres e 17,1% (n=18) eram homens. No estudo de Gessner (2006), sobre qualidade de vida das equipes de saúde da família, 90,3% eram mulheres e 9,7% homens.

O cuidado do idoso é exercido por mulheres casadas e donas de casa na maioria dos países. Essas características são frequentemente encontradas em diversos estudos, seja no âmbito nacional ou internacional (SPORTELLLO, 2003; NERI, 2002; KARSH, 2003; FELGAR, 1998). Os achados reforçam o papel social da mulher, que sendo historicamente determinado, é esperado que ela seja a cuidadora principal.

Observa-se que o aumento da participação da mulher no mercado de trabalho, seja pela necessidade de complementar a renda familiar, ou pelo próprio avanço social, vem descaracterizando a imagem da mulher como “apenas dona de casa” (GESSNER, 2006). De acordo com o a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio PNAD de 2007, a proporção de famílias chefiadas por mulheres passou de 24,9%, em 1997, para 33%, em 2007. (IBGE, 2008b).

A Tabela 1 apresenta o grupo em estudo, distribuído em quatro faixas etárias: de 19 a 30 anos completos, de 31 a 40 anos completos, de 41 a 50 anos completos ou mais.

A idade média dos Cuidadores de Idosos foi de 39,9 (\pm 10,8) anos, com idade mínima de 19 anos e idade máxima de 65 anos. Observa-se que o grupo de 41 a 50 anos completos foi o mais frequente, com 32,3% (n= 19), o que caracteriza os participantes desse grupo como um grupo de trabalhadores adultos.

Tabela 1 - Distribuição dos Cuidadores de Idosos, segundo a idade (anos), Curitiba/PR, 2009.

Idade (anos)	n	%
19— 30	15	25,4
31— 40	15	25,4
41— 50	19	32,3
51— 65	10	16,9
Total	59	100

Dados semelhantes foram encontrados no estudo sobre qualidade de vida de Gessner (2006), com equipes de saúde da família, no qual a idade mínima foi 18 e a máxima 63 anos, sendo a média de idade 39 anos (\pm 11) anos. O grupo prevalente foi de 41 a 50 anos com 31% (n= 29).

No estudo sobre o perfil do cuidador formal, de Kawasaki e Diogo (2001), a maior parte dos cuidadores (48,8%) encontrava-se na faixa etária entre 31 a 40 anos, seguido de 41 a 50 anos (21,9%), 51 a 60 (17,1%) e 21 a 30 anos (12,2%).

Observa-se que a maioria dos cuidadores está em idade produtiva, ou seja, de exercer um trabalho. Isso auxilia na renda familiar e na reintegração da mulher no mercado de trabalho, uma vez que na faixa etária predominante, a maioria já possui filhos e esses já não estão tão dependentes dos cuidados maternos (KAWASAKI, DIOGO, 2001).

Vale ressaltar que 16,9% (n=10) dos Cuidadores tinham idade igual ou superior a 51 anos, mostrando que possivelmente "pessoas idosas estão cuidando de pessoas idosas" (FELGAR,1998, p. 48).

Segundo Neno (2004), pelo menos um terço da população idosa pode ter a expectativa de ser cuidador de outro idoso durante a sua aposentadoria. Torna-se importante ressaltar que, segundo o autor, esses dados podem, ainda, subestimar o quadro real, porque muitos cônjuges não reconhecem a atividade do cuidado como uma ocupação ou trabalho. Pela ausência desse reconhecimento, consideram que cuidar do marido/esposa é apenas mais uma responsabilidade matrimonial, mantendo suas queixas e dificuldades restritas ao lar.

A Tabela 2 apresenta o nível educacional dos cuidadores de idosos, onde se observa que os cuidadores com segundo grau completo são mais frequentes.

Quanto ao nível educacional, a maioria (44,1%, n=26) apresentou escolaridade de segundo grau completo, seguido de 18,6% (n=11) com o segundo grau incompleto, médias superiores as encontradas nos estudos de Amendola, Oliveira e Alvarenga (2008), onde 43,8% dos cuidadores possuíam ensino fundamental completo ou mais, e semelhantes às encontradas em Gessner (2006), onde 43% (n=40) concluíram o segundo grau.

A amostra é composta por alunos egressos do curso de Cuidadores de Idosos. Para a matrícula foi solicitado o ensino fundamental completo, porém, por ser um curso livre, a escola aceita pessoas que, comprovadamente, já estejam exercendo a função de cuidador de idoso e que saibam ler e escrever.

Tabela 2 - Distribuição dos Cuidadores de Idosos, segundo nível educacional, Curitiba/PR, 2009.

Nível educacional	n	%
Analfabeto	0	0
I grau incompleto	12	10,3
I grau completo	3	5,1
II grau incompleto	11	18,6
II grau completo	26	44,1
III grau incompleto	2	3,4
III grau completo	3	5,1
Pós Graduação	1	1,7
Não informado	1	1,7
TOTAL	59	100

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2008b), a educação, como processo de acumulação de conhecimento, é o ganho social que mais enobrece a natureza humana, em contrapartida o analfabetismo é um fator de marginalização, que exclui e impede a mobilidade social da criança, do jovem, do homem e da mulher. Segundo os dados do IBGE, também para o ano de 2008, o Brasil ainda apresenta uma taxa de 10,5% de analfabetismo - para as pessoas de 15 anos ou mais de idade.

As exigências crescentes do mercado de trabalho no Brasil, em relação à qualificação, têm contribuído para o aumento da procura pelo estudo, principalmente a conclusão do ensino médio. A média de anos de estudo do brasileiro, de uma forma geral, tem apresentado leve crescimento nos últimos anos, passando de 6,4 anos, em 2003, para 7,3, em 2007 (IBGE, 2008a).

Os Cuidadores desta pesquisa apresentaram uma média de escolaridade superior à média do brasileiro em 2008, já que segundo grau incompleto ou nível educacional maior - o que representaria no mínimo oito anos de estudo -, foi relatado por 74,3% (n=43) deles. Considerando os dados do IBGE (2008a), um reflexo da

situação nacional, é esperado que a escolaridade na região sul seja mais elevada, já que historicamente o nordeste apresenta as menores médias.

Atualmente, após vários encontros entre as organizações que oferecem cursos de formação para cuidadores de idosos, ficou estabelecido que o cuidador formal deve ser maior de 18 anos. Quanto à escolaridade mínima, deve ter completado o correspondente ao ensino fundamental (BRASIL, 2008).

A distribuição da população de acordo com o estado civil está apresentada na Tabela 3.

No que se refere ao estado civil, verificou-se que a maior parte dos 59 Cuidadores era constituída por casados (as) (38,9%, n=23), seguidos pelos solteiros (28,8 %, n=17) e pelos separados (as) (13,6%, n=8). Quando avaliado por grupos, observa-se que casados e vivendo como casados perfizeram um total de 29 sujeitos (49,1%), e, solteiros, separados, divorciados e viúvos foram 30 sujeitos (50,9%).

Tabela 3 – Distribuição dos Cuidadores de Idosos segundo o estado civil, Curitiba/PR, 2009.

Estado Civil	n	%
Casados (a)	23	38,9
Solteiros (a)	17	28,8
Vivendo como casado (a)	6	10,2
Separados (a)	8	13,6
Divorciado (a)	4	6,8
Viúvo (a)	1	1,7
Total	59	100

Segundo Cárdenas (2004), as mulheres que são casadas apresentam taxas mais baixas de inserção no mercado de trabalho, seja por discriminação ou por encargos familiares ou domésticos. Apesar disso, o número de mulheres no mercado de trabalho está se ampliando.

Neste estudo, onde a maioria dos participantes foi constituída por mulheres, predominou o estado civil de casados (as).

A Tabela 4 apresenta a situação dos cuidadores de idosos referente à situação de trabalho, no momento da pesquisa.

Observa-se que a maioria encontrava-se em atividade (62,7%, n=37) e que 83,8% (n=31) eram remunerados por esta atividade, porém apenas 48,6% (n=18) possuíam contrato formal de trabalho.

Dentre os cuidadores que estão exercendo a ocupação e não são remunerados, um relatou ser voluntário, dois dias por semana em uma instituição de longa permanência para idosos, e os outros cinco, cuidam de pessoas idosas da família.

Tabela 4 – Distribuição dos Cuidadores de Idosos segundo situação atual de trabalho, remuneração pelo trabalho, contrato formal de trabalho, Curitiba/PR, 2009.

	Em atividade		Remunerado		Contrato Formal	
	n	%	n	%	n	%
Sim	37	62,7	31	83,8	18	48,4
Não	22	37,3	6	16,2	19	51,4
Total	59	100	37	100	37	100

O trabalho informal pode ser definido como aquele cujas atividades produtivas são executadas à margem da lei, especialmente da legislação trabalhista vigente em um determinado país. Aqui estariam os trabalhadores conta-própria, grande parte dos quais não contribui à previdência, os trabalhadores sem carteira assinada e os não-remunerados. Este ponto de vista compreende o trabalho informal a partir da precariedade da ocupação e pode indicar uma estratégia de sobrevivência face à perda de uma ocupação formal, ou uma opção de vida de alguns segmentos de trabalhadores que preferem desenvolver o seu "próprio negócio", ou seja, os trabalhadores informais seriam aqueles vinculados ao chamado sistema simples de produção de mercadorias e serviços, onde o assalariamento não é a regra, sendo antes a exceção (PNAD, 2007).

A grande desvantagem deste tipo de trabalho é não ter os direitos reconhecidos, como férias, 13º salário, seguros e aposentadoria (GIATTI, 2003).

Por outro lado, o trabalho formal é visto como indicador de qualidade do emprego por oferecer ao trabalhador os benefícios da legislação trabalhista (GIATTI, 2003).

No Estatuto do Idoso, artigo 3º, consta que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação de seus direitos. Porém, para Karsh (2003), muitos familiares assumiram este encargo sem ter recebido formação anterior. Diante dessa situação, o autor ainda afirma que, os familiares são obrigados a continuar com esta responsabilidade durante longo tempo, acumulando cansaço, sem receber apoio nem orientação para enfrentar as mudanças que vão ocorrendo na saúde da pessoa idosa.

O cuidador de idosos voluntário é aquele que, por livre vontade e de forma gratuita, desempenha suas atividades em residências ou entidades sem qualquer fim lucrativo (BRASIL, 2008).

Muitas pessoas vêm se mostrando solidárias à situação dos idosos e dedicam parte de seu tempo a eles. Instituições como a Pastoral da Pessoa Idosa, da Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), acompanham voluntariamente idosos em 20 estados brasileiros, sendo que no Paraná fazem aproximadamente 30.000 visitas/mês (PASTORAL DA PESSOA IDOSA, 2009).

A atividade de Cuidador de Idosos foi recentemente classificada como ocupação pelo Ministério do Trabalho e Emprego, passando a constar na tabela da Classificação Brasileira de Ocupações sob o código 5162-10 (BRASIL, 2002).

Embora esse enquadramento não represente novos direitos trabalhistas, representa ganho à categoria, pois é ponto inicial para a regulamentação da atividade. Garante que o desempenho da atividade possa ser comprovado junto aos órgãos oficiais e poderá constar nas estatísticas de forma específica, e não de forma genérica como era feito até então (BRASIL, 2008).

4.2 Qualidade de vida dos cuidadores os idosos

4.2.1 Qualidade de Vida Geral

A Qualidade de Vida Geral (QVG) refere-se à média entre as duas primeiras questões do WHOQOL-bref. A primeira questão de acordo com Amendola, Oliveira e Alvarenga (2008) avalia a qualidade de vida de modo geral (Q1) e a segunda avalia a

satisfação com a própria saúde (Q2). Por não fazerem parte dos cálculos dos domínios, essas duas questões serão apresentadas com maiores detalhes.

A Tabela 5 apresenta as duas questões. Para a análise de frequências das questões, a pontuação é dada em uma escala tipo Likert de 1 a 5, em que 1 e 2 representam uma avaliação negativa, 3, intermediária e, 4 e 5 representam uma avaliação positiva ou satisfatória.

A maioria dos Cuidadores de Idosos (86,4%; n=51) avaliou sua qualidade de vida como boa ou muito boa, 13,6% (n=8) como nem boa nem ruim e nenhum como ruim ou muito ruim. Assim, a maioria dos Cuidadores avaliou sua qualidade de vida de forma positiva.

Tabela 5 – Frequências das questões 1 e 2 do WHOQOL-bref, Curitiba/PR, 2009.

Questões	Opções de resposta	N	(%)
Q1	1 – muito ruim	0	0
“Como você avaliaria sua qualidade de vida?”	2 – ruim	0	0
	3 – nem ruim nem boa	8	13,6
	4 – boa	40	67,8
	5 – muito boa	11	18,6
Q2	1 – muito insatisfeito	2	3,4
“Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?”	2 – insatisfeito	0	0
	3 – nem satisfeito nem insatisfeito	9	15,3
	4 – satisfeito	39	66,1
	5 – muito satisfeito	9	15,3

Saupe et al. (2004) avaliando a qualidade de vida de 825 acadêmicos de enfermagem de nível superior na Região Sul do Brasil - em que a maioria dos jovens era do sexo feminino -, 72% dos respondentes avaliaram sua qualidade de vida geral como muito boa ou boa, resultado semelhante ao encontrado no presente estudo.

No estudo de Martins (2002), sobre qualidade de vida e capacidade de trabalho com 158 profissionais de enfermagem - que trabalham nos turnos manhã, tarde e noite em um hospital universitário, a maioria constituída por adultos jovens e mulheres -, a

questão 1 do WHOQOL-bref obteve 7,14% de respostas muito boa e 62,50% de respostas boa,

Para Kluthcovsky (2005), na avaliação de qualidade de vida de 169 agentes comunitários de saúde, sendo a maioria constituída por adultos jovens e mulheres, obteve-se 75,1% (n=127) de respostas muito boa ou boa.

Gessner (2006), em seu estudo sobre avaliação de qualidade de vida de equipes de saúde da família, sendo a maioria constituída por adultos jovens e mulheres, obteve 80% (n=74) de respostas muito boa ou boa.

No presente estudo, quando são analisados os valores de média, os índices altos e positivos (86,4%) de avaliação para a questão 1, podem ser considerados positivos ou satisfatórios. Porém, as avaliações intermediárias (13,6%), apesar de menos freqüentes, não podem ser menosprezadas, ao contrário, devem ser consideradas quando se pretende entender a qualidade de vida de um grupo de pessoas.

Na questão 2, a grande maioria, 81,4% (n=48) dos Cuidadores avaliou a satisfação com a própria saúde de forma positiva, referindo estar muito satisfeito ou satisfeito.

No estudo de Martins (2002) sobre qualidade de vida e capacidade de trabalho em profissionais de enfermagem, essas duas opções de respostas, muito satisfeito ou satisfeito com a própria saúde, foram relatadas por 73,9% dos respondentes.

Por outro lado, observa-se que 15,3% (n=9) dos cuidadores referiram estar nem satisfeito nem insatisfeito, e 3,4% (n=2) referiram estar muito insatisfeitos com a própria saúde.

Os valores encontrados para a questão número 2, referentes às opções muito insatisfeito, insatisfeito e nem satisfeito, nem insatisfeito, apesar de representarem uma menor proporção de Cuidadores, também devem ser considerados preocupantes. Esta decorre do fato dessas pessoas estarem cuidando de outras, com problemas ou incapacidades, e que necessitam atenção e cuidados constantes.

A QVG e as questões 1 e 2 também foram calculadas com seus respectivos escores médios, na escala padronizada (variação possível de 0 a 100).

O escore médio da QVG foi de 79,5. Analisando-se as questões 1 e 2 em separado, para Q1 - avaliação da qualidade de vida de modo geral - , o escore médio foi de 81,0 e, com relação à satisfação com a própria saúde (Q2), o escore médio foi de 78,0.

As duas questões apresentaram escores médios muito próximos e a QVG representa a média desses dois escores. Esses resultados evidenciam uma avaliação média positiva tanto sobre a qualidade de vida, quanto com a satisfação com a própria saúde, e, conseqüentemente, da QVG.

Observa-se então que, em ambas as questões, a concentração das respostas situa-se no número 4 da escala Likert utilizada, o que corresponde a resposta boa na questão 1 e satisfeito para a questão 2, e, evidencia um bom resultado quanto a avaliação dos sujeitos sobre sua qualidade de vida e sobre a satisfação com a própria saúde.

Na Tabela 6 apresenta-se a situação atual de saúde dos sujeitos estudados.

Observa-se que a maioria 91% (n=54) relatou ter boa saúde e nenhum sujeito escolheu as opções fraca ou muito ruim.

Tabela 6 – Distribuição dos Cuidadores de Idosos segundo situação atual de saúde, Curitiba/PR, 2009.

Situação de saúde	n	%
Muito ruim	0	0
Fraca	0	0
Nem ruim nem boa	5	9
Boa	35	59
Muito boa	19	32
Total	59	100

A Tabela 7 mostra os problemas de saúde que acometiam os Cuidadores de Idosos no momento da pesquisa.

A maioria dos Cuidadores de Idosos 66% (n=39) relatou nenhum problema de saúde, porém quando se avalia os problemas de saúde verifica-se que a hipertensão arterial foi a mais prevalente e ocorreu em 17% (n=10) dos sujeitos, seguida da depressão com 5% (n= 3), num total de 34% (n= 20) de cuidadores que relataram algum problema de saúde.

Tabela 7 – Distribuição dos Cuidadores de Idosos segundo problema de saúde atual, Curitiba/PR, 2009.

Problema de saúde	n	%
Nenhum problema	39	66
Pressão alta	10	17
Enfizema/Bronquite	2	3
Diabetes	1	2
Ossos quebrados	1	2
Problema crônico de pé	2	3
Depressão	3	5
Polipose Múltipla	1	2
Total	59	100

Diversos estudos demonstram uma prevalência elevada de hipertensão arterial na população brasileira. Estudos mais recentes apresentam uma prevalência de 26% na população adulta, variando conforme o estudo e a localidade pesquisada de 22,3 até 44%. Os segmentos sociais mais pobres são os que possuem maior prevalência de hipertensão e também de complicações como acidentes vasculares. As regiões rurais apresentam menor prevalência de hipertensão em relação à metropolitana. O índice de prevalência de hipertensão varia numa mesma população de determinada origem conforme ocorrem migrações, portanto o ambiente é um importante fator determinante. A urbanização, os hábitos sociais e a atividade profissional são determinantes maiores (Mano, 2009)..

Sobre aspectos referentes a relatos de doenças, em estudo realizado por Santos et al. (2003), sobre qualidade de vida, 39% dos acadêmicos de Enfermagem pesquisados relataram ter algum tipo de doença, principalmente problema nervoso crônico ou emocional, depressão e doença de pele.

No estudo de Gessner (2006), com equipes de saúde da família, 58% (n= 54) dos sujeitos pesquisados relataram nenhum problema de saúde, sendo que dos que apresentavam problemas, 13% (n= 12) relataram depressão.

4.2.2 Domínios

Observa-se pelo Gráfico 1, que entre os domínios, o domínio Relações Sociais apresentou o maior escore médio e o que apresentou menor escore médio foi o Meio Ambiente.

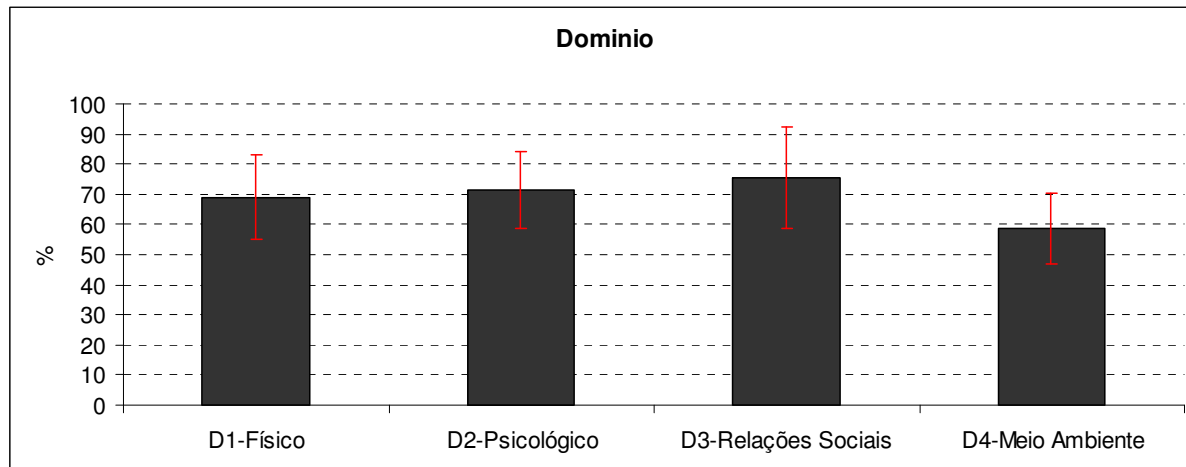


Gráfico 1 - Escores médios e desvios-padrão, para os domínios do WHOQOL-bref, de cuidadores de idosos, Curitiba/PR, 2009.

Os resultados obtidos sugerem que os Cuidadores de Idosos avaliaram possuir uma melhor qualidade de vida em relação ao domínio Relações Sociais, seguido dos domínios Psicológico e Físico, e, por último, o domínio Meio Ambiente.

Com relação aos escores médios dos domínios (Gráfico 1), observa-se que o domínio Relações Sociais foi o que apresentou maior escore médio 75,6 ($\pm 16,9$).

O domínio Psicológico obteve escore médio de 71,4 ($\pm 13,2$) e o Físico, de 69,1 ($\pm 14,2$). O domínio que apresentou o escore médio mais baixo foi o Meio Ambiente, com 58,6 ($\pm 11,6$).

Nos estudos sobre qualidade de vida utilizando o instrumento WHOQOL-bref, de Gessner (2006), Kluthcovsky (2005) e Saupe et al. (2004), todos sobre profissionais da área da saúde, o maior escore foi para o domínio Relações Sociais e o menor para Meio Ambiente.

Conforme apresentado no Gráfico 2, ao separarmos a avaliação dos domínios por sexo, encontraremos o sexo feminino com avaliações mais baixas que o masculino em todos os domínios, porém a análise de variância não demonstrou diferença significativa entre os grupos ($p < 0,05$). Portanto, neste caso o sexo não interferiu no perfil de qualidade de vida destas pessoas.

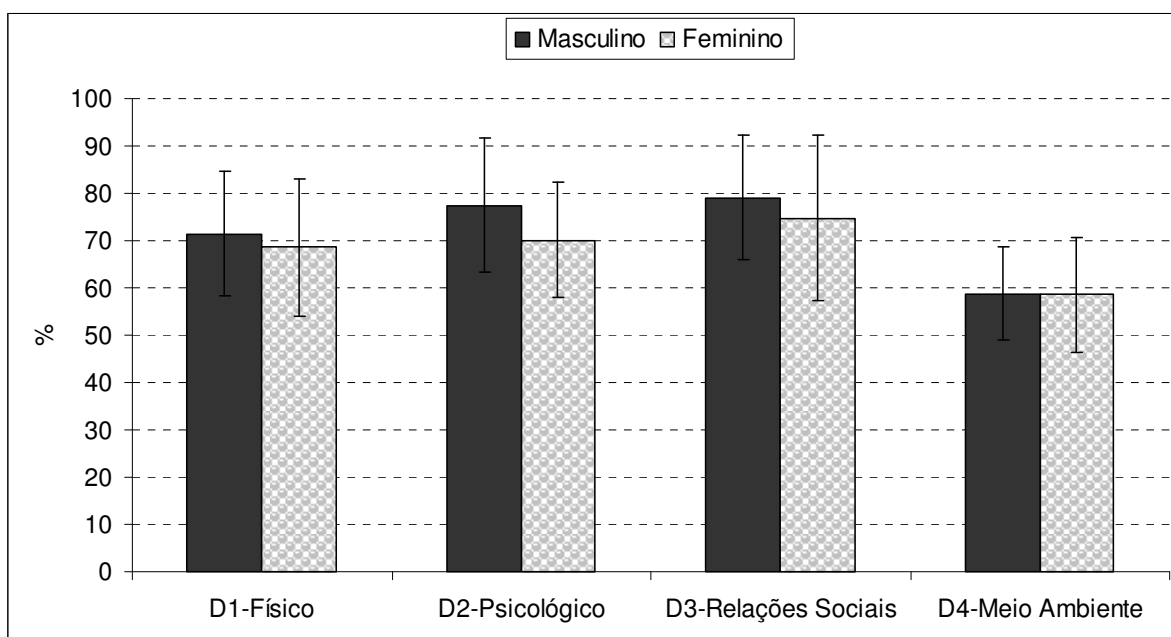


Gráfico 2 - Escores médios e desvios-padrão, para os domínios do WHOQOL-bref, dos cuidadores de idosos, segundo sexo. Curitiba/PR, 2009.

Por outro lado, ao separarmos a avaliação dos domínios entre cuidadores atuantes e não atuantes, Gráfico 3, a análise de variância encontrou diferença significativa ($p = 0,043$) no domínio psicológico para os cuidadores atuantes.

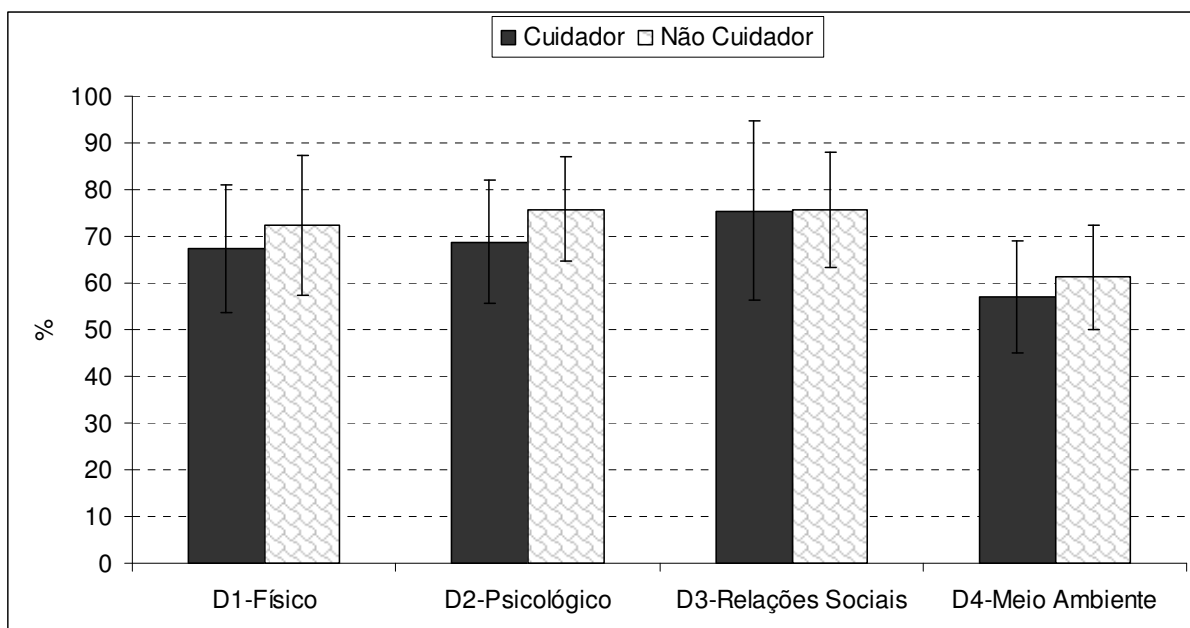


Gráfico 3 - Escores médios e desvios-padrão, para os domínios do WHOQOL-bref, de cuidadores atuantes e cuidadores não atuantes, Curitiba/PR, 2009.

De acordo com Neri (2002), quando os cuidadores se deparam com o acúmulo das demandas de cuidado e se sentem com sobrecarga, tendem a achar que aquilo que recebem é pouco comparado à doação. É à base de “suor e lágrimas” que eles convivem com tal realidade, o que resulta em crescente prejuízo para seu bem-estar subjetivo.

No estudo de Fernandes (2009), 93% ($n=28$) dos cuidadores relataram que as sobrecargas, em todas as suas dimensões, os fazem se sentirem aprisionados ao papel. Além disso, quando os cuidadores se percebem sobrecarregados, tendem a sentir maiores níveis de tensão e, conseqüentemente, a desempenharem suas funções aquém de suas capacidades, o que resulta numa situação de cuidado desequilibrada, normalmente acompanhada por resultados insatisfatórios.

Portanto, podemos inferir que o fato de estar trabalhando com cuidador de idoso tenha contribuído para estes resultados, já que neste trabalho exige-se grande dedicação por tempo prolongado.

4.2.3 Questões do Domínio Relações Sociais

O domínio Relações Sociais é composto por 3 facetas e avaliou a satisfação dos Cuidadores com relação às suas relações pessoais, sua vida sexual e o suporte ou apoio social. Este domínio obteve o maior escore médio entre os domínios, conforme demonstra a Tabela 8.

As três facetas avaliadas receberam escores médios superiores a 74,9 ($\pm 20,5$), o que representa uma avaliação média positiva para essas facetas.

A faceta que recebeu o maior escore médio 85,4 ($\pm 17,3$) foi a relacionada às relações pessoais (Q20), incluindo amigos, parentes, conhecidos e colegas, seguida da faceta suporte ou apoio social (Q22), com 81,0 ($\pm 17,6$).

A faceta que recebeu a menor avaliação média foi aquela relacionada à atividade sexual (Q21), com escore médio de 74,9 ($\pm 20,5$).

Tabela 8 – Escores médios e desvios-padrão das facetas que compõe o domínio Relações Sociais, Curitiba/PR, 2009.

Questão	Faceta avaliada	Escore médio	Desvio-padrão
Q20	Relações pessoais	85,4	17,3
Q22	Suporte, apoio social	81,0	17,6
Q21	Atividade sexual	74,9	20,5

Em estudo de Cárdenas (2004), sobre qualidade de vida em mulheres com trabalho doméstico e trabalho remunerado, e de Kluthcovsky (2005), sobre qualidade de vida de agentes comunitários de saúde, para o domínio Relações Sociais, a faceta relações pessoais também obteve o maior escore médio dentro do domínio, respectivamente, 67,1; 67 e 78,4.

Os relacionamentos têm papel fundamental ao longo da vida de uma pessoa, pois o ser humano constitui-se como sujeito em sociedade, sendo geralmente a família o primeiro grupo ao qual uma pessoa pertence. Assim, a família torna-se determinante da socialização e desenvolvimento da personalidade do indivíduo (CORDEIRO, 1996).

Apesar das diversas mudanças nos padrões tradicionais em relação às famílias nos últimos anos - que poderiam dar a impressão de que elas estariam desestruturadas, ameaçadas, ou, em vias de extinção -, observa-se sua enorme capacidade de mudança e de adaptação às transformações econômicas, sociais e culturais, e, sua relevância como “[...] espaço de sociabilidade e socialização primárias, de solidariedade e de proteção social” (CARVALHO; ALMEIDA, 2003, p. 112).

A faceta em questão inclui também o relacionamento com os amigos. Segundo Rezende (2002, p. 69), a palavra amizade pode referir-se “[...] tanto a um sentimento quanto a uma relação específica”, e o conceito pode diferir de sociedade para sociedade.

Assim, além da família, o relacionamento com os amigos é muito importante ao longo da vida das pessoas, contribuindo para seu bem-estar e para a possibilidade de troca de experiências e desenvolvimento de potencialidades, sejam pelas semelhanças de atitudes, valores e objetivos, ou pela complementaridade das necessidades individuais (CORDEIRO, 1996; MCDAVID; HARARI, 1980).

A pergunta do questionário utilizado neste estudo inclui também o relacionamento com conhecidos e colegas, podendo ser considerado, o relacionamento dos Cuidadores com os colegas da equipe, familiares e a comunidade onde vivem.

Em artigo, Born (2006) relata que, na dimensão relacional, o cuidador é um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação.

A faceta suporte e apoio social (Q22) obteve o escore médio de 74,9 ($\pm 20,5$), o segundo maior escore médio desse domínio, refletindo uma avaliação média positiva.

Para ambos os grupos de mulheres estudados por Cárdenas (2004), a faceta suporte e apoio social obteve o menor escore médio do domínio com valores de 59,6 para o grupo de mulheres com trabalho doméstico e, 61,4 para o grupo de mulheres com trabalho remunerado.

Também para Kluthcovsky (2005), no estudo sobre qualidade de vida de agentes comunitários de saúde, esta faceta obteve o menor escore, 73,7.

De modo diferente, apoio social foi o aspecto que mais contribuiu para melhor qualidade de vida no domínio Relações Sociais, no estudo realizado por Amendola, Oliveira e Alvarenga (2008), em avaliação de qualidade de vida de cuidadores de pacientes.

Como já mencionado, o escore médio da faceta suporte e apoio social obteve uma avaliação média positiva pela maioria dos Cuidadores, sugerindo a satisfação desses quanto ao apoio recebido dos amigos.

A satisfação dos Cuidadores com a vida sexual, avaliada pela questão 21, obteve o escore médio de 74,9 ($\pm 20,5$), sendo o escore médio mais baixo do domínio Relações Sociais.

De maneira semelhante, no estudo realizado por Amendola, Oliveira e Alvarenga (2008), em avaliação de qualidade de vida de cuidadores de pacientes, o aspecto que mais contribuiu para pior qualidade de vida no domínio Relações Sociais foi a atividade sexual.

Esta faceta obteve o segundo maior escore médio do domínio, em estudo sobre qualidade de vida com mulheres com trabalho doméstico - escore médio de 62,8 - e com trabalho remunerado - escore médio de 63 (CÁRDENAS, 2004).

No estudo de Kluthcovsky (2005), sobre qualidade de vida de agentes comunitários de saúde, esta faceta também obteve o segundo maior escore, 75,4.

Muraro (1983), em seu livro sobre sexualidade, considera a sexualidade sob dois aspectos, o individual – no qual interagem libido, funções, pulsões, prazeres e desprazeres, sujeitos a decisões contínuas na vida cotidiana de cada pessoa - e o coletivo - relacionado com o controle da reprodução, que regula e determina as decisões econômicas em todos os níveis.

De qualquer forma, a sexualidade é muito importante para a vida do ser humano e envolve aprendizado, projeção, reflexão, planejamento, decisões, análise e influência de valores morais e não apenas o ato sexual e a reprodução. Além dos aspectos biológicos, fisiológicos, culturais e sociais existe a dimensão psicológica do comportamento sexual. O prazer sexual pode ser sentido e manifestado de maneira

própria para cada pessoa, podendo variar de uma experiência para outra e ao longo da vida. Isso pode ser justificado pela sexualidade poder ser considerada histórica, processual e mutável, estando sujeita a novas significações e experiências de sentido (CORDEIRO, 1996; NUNES, 1987).

Mesmo tendo o menor escore do domínio Relações Sociais, as avaliações positivas para a satisfação quanto à vida sexual, neste estudo, feitas pela maioria dos cuidadores, podem ser consideradas satisfatórias. Porém, as avaliações intermediárias e negativas merecem especial atenção, considerando-se a importância de uma sexualidade adequada na vida de cada pessoa.

4.2.4 Questões do Domínio Psicológico

O domínio Psicológico é composto por 6 facetas apresentadas na tabela 9. As facetas que receberam os melhores escores médios foram a espiritualidade, a religião e as crenças pessoais (Q6), com 86,4 ($\pm 13,1$), e, a imagem corporal e aparência (Q11), com 85,4 ($\pm 15,7$).

A avaliação da faceta autoestima (Q19) obteve escore médio de 84,4 ($\pm 17,5$), seguida pela faceta sentimentos negativos (Q26), com escore médio de 82,0 ($\pm 14,7$) e a faceta sobre pensar, aprender, capacidade de memória e concentração (Q7) com escore médio de 76,6 ($\pm 13,5$). Esses valores demonstram uma avaliação média de sentido positivo pelos Cuidadores, em relação às facetas avaliadas.

A faceta que recebeu o menor escore médio do domínio foi a sentimentos positivos (Q5), de 73,9 ($\pm 18,3$).

Tabela 9 – Escores médios e desvios-padrão das questões que compõe o domínio Psicológico, Curitiba/PR, 2009.

Questão	Faceta avaliada	Escore Médio	Desvio- padrão
Q6	Espiritualidade/religião crenças pessoais	86,4	13,1
Q11	Imagem corporal/aparência	85,4	15,7
Q19	Autoestima	84,4	17,5
Q26	Sentimentos negativos	82,0	14,7
Q7	Pensar, aprender, memória e concentração	76,6	13,5
Q5	Sentimentos positivos	73,9	18,3

Cárdenas (2004) também encontrou resultados semelhantes: no grupo de mulheres com trabalho doméstico, obteve um escore médio de 70,1 para a faceta espiritualidade, religião e crenças pessoais - o maior escore médio neste grupo foi para o domínio Psicológico -, e de 70,3 para o grupo de mulheres com trabalho remunerado - o segundo maior escore médio para esse grupo, no referido domínio.

Em estudos realizados por Amendola, Oliveira e Alvarenga (2008), em avaliação de qualidade de vida de cuidadores de pacientes, e, por Kluthcovsky (2005), no estudo sobre qualidade de vida de agentes comunitários de saúde, a espiritualidade contribuiu com o maior escore médio para melhor qualidade de vida, no domínio Psicológico.

Espiritualidade refere-se “[...] a relação de um indivíduo ou de um grupo com o transcendente, ainda que possa ser construído” (SULMASY, 2002, p. 25). Diz respeito à procura do sentido transcendente. Muitas pessoas expressam sua espiritualidade na prática de religiões, outras expressam pela relação com a natureza, com a música, com as artes, dentre outras formas. Religião, por outro lado, é determinada crença, prática e linguagem que caracteriza uma comunidade, que está procurando pelo sentido transcendente de um modo em particular, geralmente com base em crenças em uma divindade, continua ainda o autor.

Segundo o dicionário Michaelis (1998, p. 1.810), religião seria o “Serviço ou culto a Deus, ou a uma divindade qualquer, expresso por meio de rito, preces e observância do que se considera mandamento divino”.

Por outro lado, crença refere-se ao “ato ou efeito de crer. Fé religiosa, opiniões que se adotam com fé e convicção” (MICHAELIS, 1998, p. 607).

Segundo Bernhoeft (1991, p. 29) “A descoberta espiritual é de suma importância para localizar um sentido para a própria vida”. O autor também refere que existe o risco das pessoas chegarem à meia idade com profundas crises existenciais, em função de dificuldades em encontrar e desenvolver o lado espiritual de suas vidas.

Assim, a avaliação média positiva para essa faceta, resultado das opções da grande maioria dos Cuidadores, é de extrema importância.

A faceta autoestima (Q19), que avaliou a satisfação dos Cuidadores consigo mesmos, obteve o terceiro maior escore médio do domínio Psicológico, de 84,4 ($\pm 17,5$).

Kluthcovsky (2005), no estudo sobre qualidade de vida de agentes comunitários de saúde, nessa faceta obteve o escore de 79,4 e esteve forte e positivamente correlacionada estatisticamente com o escore médio do domínio, sendo a faceta mais influente dentro do domínio Psicológico.

Cárdenas (2004) relata que, em mulheres, fatores de natureza psicológica ou subjetiva - como visão positiva do sentido da vida e sobre si próprias - podem ser resultantes da satisfação decorrente de um trabalho remunerado. Em seu estudo sobre qualidade de vida - com o grupo de mulheres com trabalho remunerado -, o escore médio obtido para a faceta auto-estima foi de 72,5, o maior escore médio do domínio Psicológico e com diferença estatisticamente significativa para essa faceta, em relação ao grupo de mulheres com trabalho doméstico.

A autoestima refere-se à “aceitação que o indivíduo tem de si mesmo” (MICHAELIS, 1998, p. 264). Para Branden (1999), a autoestima refere-se à sensação de capacidade para enfrentar desafios da vida e de ser digno da felicidade.

De modo semelhante, Benedetti, Petroski e Gonçalves (2003) referem que a autoestima das pessoas é formada pela imagem que cada pessoa tem de si mesma somada ao autoconceito, desenvolvido a partir de estímulos e informações que ela recebe de seu ciclo social.

No presente estudo, a faceta autoestima, avaliada pela satisfação dos Cuidadores consigo mesmos, foi considerada satisfatória pela grande maioria.

A questão que avaliou o pensar, aprender, memória e concentração, com a pergunta sobre o quanto a pessoa consegue se concentrar, obteve o segundo menor escore médio do domínio, 76,6 ($\pm 13,5$).

De modo semelhante, no estudo sobre qualidade de vida de Cárdenas (2004), em ambos os grupos de mulheres estudadas, os escores médios da faceta pensar, aprender, memória e concentração, foram os segundos piores escores médios do domínio Psicológico, de 48,6 para o grupo de mulheres com trabalho doméstico e, de 56,5 para o grupo de mulheres com trabalho remunerado. No estudo de Kluthcovsky (2005), sobre qualidade de vida de agentes comunitários de saúde, esta faceta obteve o menor escore do domínio, 64,8.

Pensar significa, de acordo com Correia ([200-],p,5):

[...] muito mais do que manejar as regras formais da lógica e recorrer às regras da sintaxe para simular uma aparente atividade mental, pensar é ser intuitivo, descobrir soluções para um dado problema sem recorrer a proposições iniciais... pensar é ser criativo, descobrir novos mundos, inventar novas realidades... pensar é ter a sensibilidade que permite construir analogias... pensar é ter, também toda uma vertente semântica, ou seja, pensar não é apenas relacionar os signos, é também compreender o seu sentido, o seu significado e o contexto em que surgem... pensar é, na minha opinião, próprio, unicamente, do ser humano.

Para Piaget (1976), a aprendizagem é um processo que começa no nascimento e acaba na morte. O desenvolvimento dá-se através do equilíbrio entre a assimilação e a acomodação, resultando em adaptação. Segundo essa formulação, o ser humano assimila os dados que obtém do exterior, mas como já tem uma estrutura mental que não está "vazia", precisa adaptar esses dados à estrutura mental já existente. Uma vez que os dados são adaptados a si próprio, dá-se a acomodação. Esse esquema revela que nenhum conhecimento chega do exterior sem que sofra alguma alteração pela parte do sujeito, ou seja, tudo o que se aprende é influenciado por aquilo que já havia sido aprendido.

A faceta pensar, aprender, memória e concentração foi a que obteve o menor escore dentro do domínio Psicológico, embora tenham sido avaliadas de forma positiva pela maioria dos cuidadores. Porém, quando se considera a importância das funções expressas nessa faceta, tanto para a vida de modo geral quanto no momento do trabalho, há que se considerar os cuidadores que fizeram avaliações intermediárias.

4.2.5 Questões do Domínio Físico

O domínio Físico apresentou o terceiro maior escore médio entre os domínios. Todos os escores médios das 7 facetas desse domínio apresentaram valores superiores a 74,2 ($\pm 21,3$), demonstrando uma avaliação média positiva dos Cuidadores quanto à dimensão física da qualidade de vida.

Observa-se que o maior escore médio refere-se à faceta mobilidade (Q15), 88,8 ($\pm 14,5$), seguida da faceta dor e desconforto (Q3), com escore médio de 86,4 ($\pm 18,4$). A faceta sono e repouso (Q 16) obteve o menor escore, 74,2 ($\pm 21,3$), (Tabela 10).

As demais facetas receberam os seguintes escores médios, nesta ordem decrescente: capacidade para o trabalho (Q18), com 84,4 ($\pm 13,4$); atividades da vida cotidiana (Q17), com 84,1 ($\pm 13,8$); dependência de medicação ou tratamentos (Q4), com 82,7 ($\pm 18,4$) e energia e fadiga (Q10), com 81,4 ($\pm 15,3$). Esses escores médios demonstram uma avaliação positiva feita pelos Cuidadores em relação às respectivas facetas avaliadas.

Tabela 10 - Escores médios e desvios-padrão das questões que compõe o domínio Físico, Curitiba/PR, 2009.

Questão	Faceta avaliada	Escore Médio	Desvio-padrão
Q15	Mobilidade	88,8	14,5
Q3	Dor e desconforto	86,4	18,4
Q18	Capacidade trabalho	84,4	13,4
Q17	Atividade vida cotidiana	84,1	13,8
Q4	Dependência medicação ou tratamentos	82,7	18,4
Q10	Energia e fadiga	81,4	15,3
Q16	Sono e repouso	74,2	21,3

Resultados semelhantes foram obtidos em estudos realizados por Amendola, Oliveira e Alvarenga (2008), quando avaliaram a qualidade de vida de cuidadores de pacientes, e por Kluthcovsky (2005), na avaliação da qualidade de vida de agentes comunitários de saúde, nos quais o aspecto que mais contribuiu para melhor qualidade de vida no domínio Físico, foi a mobilidade.

Em estudo realizado por Cárdenas (2004), o grupo de mulheres que realizava trabalho doméstico obteve um escore médio de 71,1 para a faceta mobilidade, o terceiro maior escore médio do domínio Físico.

A locomoção tem um importante papel na vida cotidiana dos Cuidadores já que o seu trabalho é realizado principalmente com idosos que apresentam diminuição da capacidade funcional, fragilização e dependência. Assim, a grande maioria dos Cuidadores avaliou sua capacidade de locomover-se de forma satisfatória. Os que avaliaram de forma negativa, precisam ser considerados, pois isso provavelmente afeta em maior ou menor grau seu desempenho nas atividades do dia-a-dia.

A questão 18, sobre a satisfação quanto à capacidade para o trabalho (Q18), os Cuidadores avaliaram de forma positiva. O escore médio desta faceta foi de 84,4 ($\pm 13,4$), sendo o terceiro maior escore médio do domínio Físico.

No estudo de Cárdenas (2004), a faceta capacidade para o trabalho obteve o segundo maior escore médio do domínio, 71,6 para o grupo de mulheres com trabalho doméstico, e o maior escore médio do domínio, 71 para o grupo de mulheres com trabalho remunerado.

No estudo de Kluthcovsky (2005), sobre qualidade de vida de agentes comunitários de saúde, essa faceta obteve o segundo maior escore médio, 78,5.

A capacidade para o trabalho é definida como sendo "recursos humanos relacionados às demandas física, mental e social do trabalho, comunidade de trabalho e administração; cultura organizacional e ambiente de trabalho". A definição conceitual de capacidade para o trabalho, de acordo com Monteiro (1999), representa a questão sobre o quanto o trabalhador está bom no momento e num futuro próximo, e, o quanto está apto para fazer seu trabalho com relação às exigências do trabalho, à saúde e aos recursos mentais.

Segundo Nahas (2001), o trabalho, assim como a alimentação, a moradia, a educação, a equidade, os meios de comunicação, a urbanização, a violência, o ambiente e outros fatores sociais são necessidades humanas, cujo suprimento é fundamental para se edificar uma vida com qualidade.

Desse modo, é por meio da atividade profissional e pelo trabalho que o ser humano concretiza sonhos, realiza projetos, expressando-se e identificando-se. Por estar inserido em um mundo político desde seu nascimento, o ser humano, dialeticamente, é modificado e modifica o ambiente social a que pertence, elaborando sua própria identidade e historicidade (CORREIA, [2000-]).

Além disso, para Bernhoeft (1991), na sociedade atual o valor de uma pessoa é medido também pela sua produção, tanto do ponto de vista do trabalho como no cumprimento do papel familiar.

As considerações dos autores citados anteriormente enfatizam a importância do trabalho na vida das pessoas e reforçam o valor das avaliações da capacidade de trabalho, feita pelos Cuidadores que foram, em sua maioria, positivas.

Justamente pela importância da capacidade para o trabalho na vida das pessoas, vale ressaltar a preocupação com os cuidadores que não demonstraram

satisfação com relação a essa faceta, haja vista que o trabalho constitui-se numa questão central na existência humana, pois, por meio dele, o homem se realiza.

A faceta sono e repouso (Q16), que avaliou a reposição do desgaste físico e mental, especialmente em situações de estresse, foi a que apresentou o menor escore médio dentro do domínio Físico, 74,2 ($\pm 21,3$).

Resultados semelhantes foram observados por Cárdenas (2004), nos quais a faceta sono e repouso obteve o menor escore médio no domínio Físico, para o grupo de mulheres com trabalho remunerado, com escore médio de 63,8. Ressalta-se que esse valor é igual à faceta energia e fadiga, no mesmo trabalho.

Junqueira (2008) enfatiza que o sono é uma necessidade biológica fundamental nos seres humanos. A falta de sono devido a condições de saúde precária, bem como aquelas provenientes de estilo de vida, é endêmica na sociedade moderna e afeta milhões de pessoas diariamente.

A compreensão moderna sobre os principais pilares que compõe o conceito de qualidade de vida inclui, hoje, além dos cuidados com a alimentação e a prática de atividades físicas, a preocupação com o período que as pessoas estão adormecidas (DUARTE, 2007).

Pesquisas mostram que as mulheres apresentam, em quase todos os grupos de idade, mais problemas no sono do que os homens. A prevalência e a apresentação diferem também em estágios diferentes do ciclo da vida feminina. A taxa aumentada de insônia que se verifica nas mulheres pode estar relacionada a diversos fatores, que incluem aspectos psicológicos, culturais, sociais e influências ambientais (ALCÂNTARA et al., 2007).

Apesar de ter sido o menor escore médio do domínio, em média, o escore demonstra uma avaliação positiva quanto à reposição do desgaste físico e mental dos Cuidadores.

4.2.6 Questões do Domínio Meio Ambiente

O domínio Meio Ambiente foi o que apresentou o menor escore médio, 58,6 ($\pm 11,6$), entre todos os domínios do WHOQOL-bref. Este domínio é composto por 8

facetadas, apresentadas na Tabela 11. A faceta ambiente no lar (Q23) foi a que apresentou o maior escore médio, 78,3 ($\pm 18,7$). O escore médio mais baixo desse domínio refere-se à faceta recursos financeiros (Q12), com 52,2 ($\pm 13,9$).

Tabela 11 - Escores médios e desvios-padrão das questões que compõe o domínio Meio Ambiente, Curitiba/PR, 2009.

Questão	Faceta avaliada	Escore Médio	Desvio-padrão
Q23	Ambiente no lar	78,3	18,7
Q8	Segurança física e proteção	78,0	13,2
Q25	Transporte	70,8	22,1
Q24	Cuidados de saúde e sociais	69,8	18,7
Q9	Ambiente físico, poluição, ruído, trânsito, clima	66,4	16,8
Q13	Oportunidades adquirir novas informações e habilidades	64,7	16,3
Q14	Participação em, e oportunidades de recreação/lazer	54,9	20,2
Q12	Recursos financeiros	52,2	13,9

As questões ambientais vêm ganhando cada vez mais espaço e importância nas políticas públicas e também para a comunidade em geral, principalmente na área da saúde, a partir da Carta de Ottawa elaborada na Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde promovida pela OMS, em 1986 (BRASIL, 1996).

Em estudo realizado por Saupe et al. (2004) que avaliou qualidade de vida de 825 estudantes, em seis cursos de Enfermagem da Região Sul do Brasil, observou-se que o menor escore médio foi para o domínio meio ambiente. Considerou-se que a baixa avaliação desse domínio poderia estar relacionada à insegurança e à incerteza vividas na contemporaneidade da sociedade brasileira.

Os escores médios das questões desse domínio variaram entre 52,2 ($\pm 13,9$) e 78,3 ($\pm 18,7$). As facetadas que receberam as melhores avaliações médias foram, em

ordem decrescente, aquelas relacionadas ao ambiente no lar (Q23), com escore médio de 78,3 ($\pm 18,7$) e segurança física e proteção (Q8), com escore médio de 78,0 ($\pm 13,2$).

A faceta transporte (Q25) recebeu escore médio de 70,8 ($\pm 22,1$); cuidados de saúde e sociais (Q24), 69,8 ($\pm 18,7$); ambiente físico, poluição, ruído, trânsito e clima (Q9), 66,4 ($\pm 16,8$); e oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, com escore médio de 64,7 ($\pm 16,3$). Esses valores demonstram que os Cuidadores avaliaram essas facetas de forma intermediária.

A pior avaliação, 52,2 ($\pm 13,9$), é referente à faceta recursos financeiros (Q12), seguida da participação em, e oportunidades de atividades de recreação/lazer (Q14), com escore médio de 54,9 ($\pm 20,2$).

Amendola, Oliveira e Alvarenga (2008), em estudo sobre qualidade de vida de cuidadores de pacientes, relataram que o aspecto que mais contribuiu para melhor qualidade de vida no domínio Meio Ambiente foi também o ambiente físico do lar.

Na avaliação de qualidade de vida realizado por Cárdenas (2004), a faceta ambiente no lar foi a que obteve o segundo maior escore médio do domínio, tanto para o grupo de mulheres com trabalho doméstico - escore médio de 53,4 - como para o grupo de mulheres com trabalho remunerado - escore médio de 51,8.

A concepção de ambiente é, atualmente, muito variável e segue um conjunto de pressupostos teóricos e metodológicos. Lordelo (2002) refere que a Psicologia Ambiental tem enfatizado recentemente a percepção do sujeito em relação aos efeitos das características físicas ou sociais do ambiente. Desse modo, o conceito de ambiente englobaria, além dos aspectos do ambiente físico, também os fatores que compõem o ambiente social, considerando a inclusão do homem no ambiente (TAKAYANAGUI; CARNEIRO; QUINTINO, 2003).

Alguns cuidadores não demonstraram satisfação com seu ambiente no lar, ou seja, não fizeram uma avaliação positiva. Esses dados são importantes na medida em que se considera que o ambiente no lar é o local onde a pessoa descansa e pode compartilhar com os demais familiares os sentimentos, as dificuldades, as conquistas, os problemas, etc, e até mesmo, ser um lugar de refúgio das tensões do dia-a-dia.

A questão que avaliou o quão seguro os Cuidadores sentiam-se em suas vidas diárias (Q8), faceta segurança física e proteção, obteve o segundo maior escore médio do domínio, 78,0 ($\pm 13,2$), ou seja, uma avaliação positiva sobre o tema.

Soares (2003) destaca que a sociedade nos dias de hoje vive um sentimento de medo que não é fruto da imaginação ou dos meios de comunicação. A insegurança em nosso país pode ser considerada muito grave, tanto pelas taxas de criminalidade como pela intensidade da violência envolvida, da exclusão social e da degradação institucional vinculada ao crescimento da criminalidade.

A criminalidade e a violência afetam toda a população, independentemente de classe, raça, credo religioso, sexo ou estado civil, sendo as maiores vítimas as pessoas das classes menos favorecidas. Esses problemas que ocorrem, vêm alterando o cotidiano das pessoas, sem mencionar os custos diretos e indiretos que proporcionam (BEATO FILHO, 1999).

O mesmo autor refere que a violência e a criminalidade concentram-se nos grandes centros urbanos, sendo que o ritmo de crescimento desses problemas ocorre principalmente em cidades com mais de 100 mil habitantes.

Apesar das considerações acima sobre violência e criminalidade, observa-se que os Cuidadores avaliaram de forma positiva sua segurança física e proteção.

A faceta participação em, e oportunidades de recreação/lazer (Q14), que avaliou as oportunidades de atividades de lazer, foi, como já mencionado, a faceta que recebeu o segundo pior escore médio dentro do domínio Meio Ambiente, 54,9 ($\pm 13,9$).

Resultados semelhantes foram obtidos por Cárdenas (2004), em que a avaliação da recreação e lazer também obteve o segundo pior escore médio do domínio Meio Ambiente para ambos os grupos estudados: escore médio de 26,7 para o grupo de mulheres com trabalho doméstico e escore médio de 33 para o grupo com trabalho remunerado.

No estudo realizado por Amendola, Oliveira e Alvarenga (2008), na avaliação de qualidade de vida de cuidadores de pacientes, os aspectos que contribuíram para a pior qualidade de vida foram as oportunidades de recreação/lazer.

Segundo o Quality of Live Research Unit (2005), (Unidade de Pesquisa sobre Qualidade de Vida) da Universidade de Toronto, lazer inclui atividades que

proporcionem relaxamento e diminuição do estresse como fazer caminhadas, jogar cartas, visitar familiares e ter atividades de mais longa duração como, por exemplo, um período de férias.

O lazer chamado passivo, como assistir televisão ou utilizar jogos eletrônicos, poderia reduzir o tempo destinado ao lazer ativo, como praticar esportes, dançar, fazer caminhadas, jogos ao ar livre, etc. Os primeiros, apesar de proporcionarem maior conforto e maior produtividade, não trazem os benefícios proporcionados pela atividade física (NAHAS, 2001).

Kanters (1996) destaca que além das vantagens proporcionadas pelo lazer, a recreação também pode ter um papel muito importante no controle do estresse e nos benefícios para a saúde das pessoas. Além disso, fornece oportunidades para a interação e o desenvolvimento sociais, e ajuda os indivíduos a se sentirem bem e desenvolverem seu potencial.

Segundo pesquisa do governo canadense *The Parks and Recreation Federation of Ontário* (1992), os benefícios das atividades de recreação para a qualidade de vida são inúmeros, tanto os pessoais, como os sociais, os econômicos e os ambientais.

Apesar das vantagens e benefícios proporcionados pelo lazer e recreação, existe, de acordo com Bramante (2004), nos dias atuais, uma maximização de tudo que se faz e uma supervalorização do trabalho, além do preconceito sobre o lazer. Há numerosos estudos nacionais e estrangeiros que propõem tanto a necessidade da educação para o lazer quanto da ludicidade.

Portanto, é evidente a necessidade de um equilíbrio entre o trabalho e o desfrute, que se constitui em um dos grandes aprendizados da vida adulta (BERNHOEFT, 1991).

A participação em atividades de lazer e recreação pelos Cuidadores, provavelmente, é dificultada em função de serem, em sua maioria mulheres e também, pelas características do trabalho que muitas vezes é realizado em tempo integral.

De qualquer modo, a avaliação que os Cuidadores fizeram para essa questão, resulta em uma preocupação, já que a participação em atividades de lazer e/ou recreação é um componente importante da qualidade de vida e não pode ser deixado de lado.

Recursos financeiros (Q12) foi a faceta que avaliou se os Cuidadores teriam dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades. Essa foi a faceta que recebeu o escore médio mais baixo, 52,2 ($\pm 13,9$), dentro do domínio Meio Ambiente.

Esses resultados assemelham-se aos de Cárdenas (2004), no qual a faceta recursos financeiros obteve o pior escore médio do domínio Meio Ambiente, tanto para o grupo de mulheres com trabalho doméstico - escore médio de 23,9 - como para o grupo de mulheres com trabalho remunerado - escore médio de 29,7.

Os resultados obtidos no presente estudo, em relação a essa faceta, revelam que a maioria demonstrou insatisfação quanto aos recursos financeiros disponíveis para eles.

Considerando a classe ocupacional estudada, que atualmente está sendo estruturada e exerce uma função fundamental dentro do contexto de mudança no perfil de envelhecimento no Brasil, salienta-se a importância de uma remuneração justa e a garantia de direitos trabalhistas. Um funcionário que recebe um salário digno sente-se valorizado e satisfeito e, conseqüentemente, apresenta maior disposição para o desempenho de sua função.

A Tabela 12 apresenta uma síntese dos resultados do presente estudo em relação aos escores médios dos domínios e as questões com os maiores e menores escores médios, em cada domínio.

Tabela 12 - Escores médios e desvios-padrão dos domínios e das facetas que obtiveram os maiores e menores escores médios em cada domínio do WHOQOL-bref, Curitiba/PR, 2009.

Domínio	EM* (DP)**	Facetas maiores	EM (DP)	Facetas menores	EM (DP)
Relações sociais	75,6 (16,9)	Relações pessoais	85,4 (17,3)	Atividade sexual	74,9 (20,5)
Psicológico	71,4 (12,8)	Espiritualidade e crenças pessoais	86,4 (13,1)	Sentimentos positivos	73,9 (18,3)
Físico	69,1 (14,2)	Mobilidade	88,8 (14,5)	Sono e repouso	74,2 (21,3)
Meio ambiente	58,6 (11,6)	Ambiente no lar	78,3 (18,7)	Recursos financeiros	52,2 (13,9)

*EM = Escore médio

**DP = Desvio padrão

Na Tabela 13 encontra-se uma síntese dos resultados do presente estudo, em relação aos escores médios dos domínios, calculados por sexo, atuação profissional e estado civil.

TABELA 13 - Escores médios dos domínios por sexo, atuação profissional e estado civil dos cuidadores, Curitiba/PR, 2009.

Variáveis	N(%)	D1	D2	D3	D4
Sexo	Feminino	74,8	70,4	68,7	58,6
	Masculino	79,2	77,5	71,4	58,8
Cuidadores	Atuantes	75,5	68,8*	67,3	57,1
	Ñ Atuantes	75,8	75,8	72,2	61,2
Estado Civil	C/ Companheiro	76,4	75,0	77,3	59,7
	S/ Companheiro	74,7	78,6	80,7	57,5

*p = 0,043 teste T de Student

5 CONCLUSÃO

Analisando-se os dados sociodemográficos deste estudo, concluiu-se que a maioria dos Cuidadores foi constituída por mulheres, 83% (n=49), com idade entre 41 e 50 anos completos, 32,3% (n=19), idade média de 39,9 ($\pm 10,8$) anos, sendo a maioria, 44%, (n=26) com o segundo grau completo, havendo predomínio de casados, 38% (n=23).

Quanto à qualidade de vida, em uma variação possível de 0 a 100, cujos maiores escores indicam melhor avaliação da qualidade de vida, a QVG (Q1 e Q2) obteve um escore médio de 79,5. O domínio Relações Sociais obteve o maior escore médio entre os domínios, 75,6 ($\pm 16,9$). O domínio Psicológico obteve escore médio de 71,4 ($\pm 12,8$) e o domínio Físico, 69,1 ($\pm 14,2$).

Os resultados indicaram que os Cuidadores de Idosos apresentaram avaliação positiva para a QVG e para os domínios Relações Sociais, Físico e Psicológico.

O domínio Meio Ambiente obteve o menor escore médio entre os domínios, de 58,6 ($\pm 11,6$).

As facetas que obtiveram os maiores escores médios em cada domínio foram: relações pessoais para o domínio Relações Sociais; espiritualidade/religião/crenças pessoais para o domínio Psicológico; mobilidade para o domínio Físico e ambiente no lar para o domínio Meio Ambiente.

As facetas que obtiveram os menores escores médios em cada domínio, não significando necessariamente escores baixos, foram: atividade sexual para o domínio Relações Sociais, sono e repouso para o domínio Físico, sentimentos positivos para o domínio Psicológico e recursos financeiros para o domínio Meio Ambiente.

Quando calculados os domínios, por sexo, as mulheres obtiveram escores médios menores que os homens em todos os domínios.

Essa característica também foi encontrada nos cuidadores que estavam trabalhando no momento da pesquisa, os quais apresentaram escores mais baixos em todos os domínios, sendo que no domínio psicológico encontrou-se diferença significativa no teste de variância ($p = 0,043$).

Porém, quando analisados os cuidadores com e sem companheiros, houve variações. Os domínios I e IV foram maiores para os cuidadores com companheiros e os domínios II e III para os sem companheiros, sem diferença significativa de variância.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho ofereceu uma avaliação sobre qualidade de vida geral de 59 Cuidadores de Idosos, egressos dos cursos do Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha, escola técnica da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Essa avaliação põe em evidência a importância do tema estudado, especialmente em uma população tão importante no contexto de mudança no perfil de envelhecimento no Brasil.

A avaliação da qualidade de vida apresenta muitas controvérsias tanto do ponto de vista teórico quanto do metodológico, em função das diferentes abordagens utilizadas pelos pesquisadores, de acordo com Cárdenas e Ciancirullo (1999). Porém, seu desenvolvimento poderá resultar em mudanças nas práticas assistenciais e na consolidação de novos paradigmas de cuidados aos idosos.

Neste estudo, a subjetividade e a multidimensionalidade do construto qualidade de vida puderam ser confirmadas, quando se verificaram escores médios positivos na avaliação da qualidade de vida. Apesar disso, é sabido sobre as dificuldades inerentes e reconhecidamente presentes no exercício da ocupação de Cuidadores de Idosos.

Assim, em média, o estudo não confirmou um comprometimento da qualidade de vida geral e dos domínios, para a QVG e para os domínios Relações Sociais, Físico e Psicológico avaliada pelos Cuidadores, porém confirmou o comprometimento para o domínio Meio Ambiente.

Apesar das dificuldades existentes em avaliar a qualidade de vida, este estudo possibilitou uma reflexão a respeito da qualidade de vida dos Cuidadores de Idosos egressos do Curso de Cuidadores de Idosos do Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

Este estudo, bem como outros nessa direção, podem dar sustentação para a implementação de novas estratégias para a melhoria das condições de vida e trabalho dos Cuidadores, o que, sem dúvida, poderá trazer um impacto nas ações desempenhadas por estas pessoas e, conseqüentemente, no cuidado aos idosos.

A Política Nacional de Saúde do Idoso, no item 3.6, que se refere ao "Apoio ao desenvolvimento de cuidados informais", sugere a formação de parcerias entre os

profissionais de saúde e as pessoas responsáveis pelas atividades da vida diária e pelo seguimento de orientações emitidas pelos profissionais, de acordo com o Ministério da Saúde (2000). Essa diretriz, apresentada naquele documento, indica que a assistência domiciliar aos idosos, cuja capacidade funcional está comprometida, requer orientação, informação e assessoria de especialistas.

Aquele documento também recomenda que essas pessoas devem receber cuidados especiais, considerando que "a tarefa de cuidar de um adulto dependente é desgastante e implica riscos de tornar doente e igualmente dependente o cuidador".

Dessa forma, pode-se antever que a função de prevenir perdas e agravos à saúde deverá abranger, igualmente, a figura do cuidador formal e informal. Para tanto, devem ser desenvolvidos programas destinados a prevenir a sobrecarga e o impacto emocional negativo que podem afetar a saúde e qualidade de vida.

O programa para cuidadores de idosos proposto pela autora deste estudo, ao CFRH-SESA/PR, baseia-se na literatura disponível sobre esse tema, de forma especial em Cerqueira (2002), nos relatos de dificuldades enfrentados pelos cuidadores de idosos e nos resultados deste estudo.

Como parte da política de educação permanente dos cuidadores de idosos, formais e informais, capacitados pelo Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, propõe-se um programa de apoio aos cuidadores de idosos qualificados pela escola, com o objetivo de preservar a qualidade de vida deles e proporcionar melhores condições de atendimento aos pacientes.

O programa constará de reuniões mensais, com duas horas de duração, coordenadas por um profissional do corpo técnico da escola e um profissional convidado, de acordo com o tema da reunião. Será apresentado o resultado deste estudo onde o domínio Meio Ambiente e as facetas: atividade sexual, sono e repouso, sentimentos positivos e recursos financeiros obtiveram os menores escores médios.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa de 1999 é bastante avançada nas diretrizes para os cuidados com os idosos e tem nos cuidadores, familiar (informal) e formal, parceiros para suas ações. No entanto, estudos sobre a qualidade de vida e as formas de trabalho dos cuidadores de idosos ainda são necessários para auxiliar na

elaboração das ações das políticas públicas, no sentido de implementar intervenções que venham minimizar o impacto da condição de dependência do idoso sobre o cuidador.

É preciso, também, maiores estudos e pesquisas sobre os indicadores de caráter cultural para examinar a vocação da família e de gênero na atenção e cuidados da pessoa idosa.

Por meio dos dados obtidos, verifica-se que a função de cuidador de idosos parece ser um novo e amplo mercado de trabalho, principalmente para a mulher.

Os resultados deste trabalho configuram-se como uma importante fonte de informação sobre a qualidade de vida dos Cuidadores de Idosos, nas diferentes facetas avaliadas. Eles evidenciam as reais demandas do cuidador e podem servir de motivação para novas pesquisas. Os resultados ainda poderão ser utilizados para comparação entre grupos, além da combinação de outros instrumentos para coleta de dados e de outras abordagens metodológicas.

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, C.S.; et al. Distúrbios do sono na mulher. *In*: REIMÃO, R. (org) **Neurologia em destaque**. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2007. p.236-237.
- ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUARYOL, M. Z. Metodologia da pesquisa epidemiológica. *In*: _____. **Introdução à epidemiologia moderna**. Belo Horizonte/ Salvador/ Rio de Janeiro: CCOPMED/APCE/ABRASCO, 1992. cap. 5, p. 79-101.
- AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A. C.; ALVARENGA, M. R. M. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. **Texto contexto - enferm.** [online]. vol.17, n.2, p. 266-272, 2008.
- BARROS, R. C. M. **Variação da Qualidade de vida após internação na Unidade de Terapia Intensiva**: instrumento de medida World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref), 2002. 117f. Dissertação – Mestrado em Enfermagem – Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- BEATO FILHO, C. C. Políticas públicas de segurança e a questão policial. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 13, n.4, p. 13-27, out./dez. 1999.
- BENEDETTI, T. B.; PETROSKI, E. L.; GONÇALVES, L. T. Exercícios físicos, auto-imagem e auto-estima em idosos asilados. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**. vol.5, n. 2, 2003. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/rbcdh/article/view/3957/3359> >. Acesso em: 25 ago. 2009.
- BERNHOEFT, R. **Trabalhar e desfrutar**: equilíbrio entre vida pessoal e profissional. São Paulo: Nobel, 1991. 126p.
- BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 2004.
- BORN, T. (Org). O cuidador da pessoa idosa: formação e responsabilidades. **Manual do Cuidador da Pessoa Idosa**: cuidar melhor e evitar a violência. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008. 330 p.

BORN, T. **A Formação de Cuidadores**: acompanhamento e avaliação. Seminário Velhice Fragilizada. São Paulo: SESC Avenida Paulista, 2006.

BRAMANTE, A. C. Qualidade de vida e lazer. *In*: GONÇALVES, A.; VILARTA, R.(Org.). **Qualidade de vida e atividade física**: explorando teorias e práticas. Barueri, SP: Manole, 2004. p.185-205.

BRANDEN, N. **Auto-estima no trabalho**: como pessoas confiantes e motivadas constroem organizações de alto desempenho. Rio de Janeiro: Campus, 1999. 141 p.

BRASIL. **Estatuto do Idoso**. 2003. Disponível em : <http://www.amperj.org.br/store/legislacao/codigos/idoso_L10741.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2009.

_____. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos. **Manual do cuidador da pessoa idosa**. Brasília: [s.n.], 2008.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Informação Educação e Comunicação. **Promoção da saúde**: Carta de Ottawa. Declaração de Adelaide. Declaração de Sundsvall. Declaração de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde. 1996. cap. 1, p. 11-18.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), v.3.2002. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/busca/descricao.asp?codigo=5162-10>>. Acesso em: 14 fev 2009.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CÁRDENAS, A.M.C.; CIANCIRULLO, T.I. Qualidade de vida da mulher dona de casa de uma comunidade de baixa renda. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis: UFSC, v.8, n.3, p.183-199, set./dez. 1999.

_____. **Qualidade de vida de mulheres de uma comunidade de baixa renda:** estudo comparativo entre mulheres com trabalho doméstico e trabalho remunerado, 2004. 156 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem dos *campis* de São Paulo e Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

CARVALHO, I. M. M. C.; ALMEIDA, P. H. Família e proteção social. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 109-122, abr./jun. 2003.

CARVALHO, M. I. L. B. **Entre os cuidados e os cuidadores:** o feminino. [200-]. Disponível em: <<http://campussocial.ulusofona.pt/pdf/curso2.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2009.

CERQUEIRA, A. T. A. R., OLIVIERA, N. I. L. Programa de apoio à cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção á saúde dos idosos. **Psicologia USP**, São Paulo, v.13, n.1, p.133-150, 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução Nº. 196 de 10 de outubro 1996.** Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>>. Acesso em: 14 fev.2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Publicações.** Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7569§ionID=38>>

CORDEIRO, C. A. R. **A importância da orientação sexual na escola.** 1996. 70 f. Monografia (Especialização em Orientação Educacional) – Universidade Estadual do Centro-Oeste, Guarapuava, Paraná, 1996.

CORREIA, A. F. **Os novos domínios de aplicação da lógica:** a utilização da lógica simbólica na medicina [200-]. Disponível em: <http://filosofianaesen.no.sapo.pt/Ana_Filipa_Correia.pdf> Acesso em: 10 jun. 2009.

DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B.. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, 2003. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000400017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2009.

DONALDSON, C.; TARRIER, N.; BURNS, A. The impact of the symptoms of dementia on caregivers. **British Journal of Psychiatry**, London, v. 170, p. 62-68, 1997. Disponível em: < <http://bjp.rcpsych.org/>>. Acesso em: 17 fev. 2009.

DUARTE, Y. A. O. Cuidadores de idosos: uma questão a ser analisada. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 21. n. 4, p. 226-230, 1997. Disponível em: < <http://www.saocamilo-sp.br/novo/publicacoes/publicacoes.php>>. Acesso em: 18 fev. 2009.

DUARTE, Y. A. O. O cuidador no cenário assistencial. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 30. n. 1, p. 37-44, 2006. Disponível em: < <http://www.saocamilo-sp.br/novo/publicacoes/publicacoes.php>>. Acesso em: 07 dez. 2009.

_____. **Família-rede de suporte ou fator estressor**: a ótica de idosos e cuidadores familiares. 2001. 217 f. Tese Doutorado - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

DUARTE, G. G. M. **A qualidade do sono, o aproveitamento escolar e o stress em adolescentes que permanecem em frente ao computador durante a noite**. 2007. 120 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente)- Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

EHRlich, F. et al. Caring for carers - a national problem. **Medical Journal Australian**, Adelaide, v. 156, n.9, p. 590-592, May. 1992. Disponível em: <<http://www.mja.com.au>>. Acesso em: 16 fev. 2009.

FARQUHAR, M. Definitions of quality of life. **Journal of Advanced Nursing**, v. 22, p. 502-508, 1995. Disponível em < <http://www.journalofadvancednursing.com/>>. Acesso em: 13 fev. 2009.

FELGAR, J.A.S. Uma expressão da linguagem numérica. *In*: KARSCH, U.M.S. **Envelhecimento com dependência**: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC; 1998. p.47-86.

FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, T. R. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 1, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 set. 2009.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 5, n.1, p. 33-38, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/csc>>. Acesso em: 16 fev. 2009.

_____.; et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida -WHOQOL-bref. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol. 34, n. 2, p. 178 -183, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2009.

_____.; et al. Desenvolvimento em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, vol. 21, n. 1, p. 19 - 28, 1999a.

_____.; et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Saúde Pública**, São Paulo, vol. 33, n. 2, p. 198 - 205, 1999b.

_____.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C.M. Projeto WHOQOL-old: métodos e resultados de grupos focais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol.37, n.6, p.793-799, dez. 2003.

GARRIDO, R.P. **Impacto em cuidadores informais de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico da cidade de São Paulo**. 2001. 166 f. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo, 2001.

GESSNER, C. L. S. **Qualidade de vida das equipes de saúde da família do município de Timbó-SC**. 2006. 93 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, 2006.

GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.19, n. 3, p.759-771, mai-jun, 2003.

GRUPO WHOQOL. Organização Mundial da Saúde. Divisão de Saúde Mental. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)** 1998. Disponível em: <www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html>. Acesso em: 16 fev. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 2008a. **Dados sobre População do Brasil, 2007**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 17 fev. 2009.

_____. **Síntese de Indicadores Sociais**. 2008b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2008/indic_sociais2008.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2009.

JUNQUEIRA, P. C. **Qualidade do sono e qualidade de vida em mulheres portadoras de HIV/AIDS**. 2008. 85 f. Dissertação (Mestrado em Neurologia) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

KANTERS, M. A. Os benefícios de saúde dos parques e da recreação. **Illinois Periodicals Online (IPO) Project**. Disponível em: <<http://www.lib.niu.edu/ipoi/ip960127.html>>. Acesso em: 02 mai. 2009.

KARSCH, U. M. (Org.). **Envelhecimento com Dependência: Revelando Cuidadores**. São Paulo: EDUC, 1998.

_____. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio e Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2003000300019&script=sci_arttext&tln g=pt>. Acesso em: 15 fev. 2009.

KAWASAKI, K.; DIOGO, M.J.D. Assistência domiciliária ao idoso: perfil do cuidador formal - parte I. **Rev Esc Enferm, USP**, v.35, n.3, p. 257-264, 2001.

KINSELLA, K. ; TAEUBER, C. M. **An Aging WorldIII**. Washington, DC: U.S.: Government Printing Office, 1992.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. **Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de um município do interior do Paraná**. 2005. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005.

LECHNER, V ; NEAL, M. The mix of public and private programs in the United States: Implications for employed caregivers. *In*: _____; _____. (org.). **Work and Caring for the Elderly: International Perspectives**. Philadelphia: Taylor & Francis. 1999. p. 120-137

LIMA-COSTA, M. F.; MATOS, D. L.; CAMARANO, A. A. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2006, vol.11, n.4, p. 941-950.

LORDELO, E. R. Interação social e responsividade em ambientes doméstico e de creche: cultura e desenvolvimento. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 7, n. 2, p. 343-350, jul./dez. 2002.

MACHADO, J. M. T. **Tomada de decisão na atenção ao paciente muito idoso hospitalizado**. Posto Alegre 2006. 103 f. Tese (Doutorado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2006.

MANO, R. **Manuais de Cardiologia**. Disponível em:
<http://www.manuaisdecardiologia.med.br/has/has_Page702.htm>.

MARTINS, M. M. **Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem no trabalho em turnos**. 2002. 85 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção – Área de Ergonomia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MCDAVID, J. W.; HARARI, H. **Psicologia e comportamento social**. Tradutor: Pe. Francisco da Rocha Guimarães. Rio de Janeiro: Interciência, 1980. 118 p.

MEDINA, C.; SHIRASSU, M.; GOLDFEDER, M. Das incapacidades e do acidente cerebrovascular. *In*: KARSCH, U.(org.). **Envelhecimento com Dependência: Revelando Cuidadores** . São Paulo: EDUC, 1998. p.199-214.

MEEBERG, A. G. Quality of life: concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 18, p. 32-38, 1993. Disponível em: <<http://www.journalofadvancednursing.com/>>. Acesso em: 16 fev. 2009.

MICHAELIS, A. **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1998. 2.267 p.

MINAYO, M. C. S. ; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M (2000) Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p 4-5, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de atenção à saúde dos idosos.** (2000). Disponível em: < <http://www.saúde.gov.br> > Acesso em: 20 fev. 2009.

MURARO, R. M. Corpo e sexualidade. *In*: MURARO, R. M. **Sexualidade da mulher brasileira: corpo e classe social no Brasil.** 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1983. p.19-25.

MONTEIRO, M.S. **Envelhecimento e capacidade para o trabalho entre trabalhadores brasileiros.**1999. 198 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida:** conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf, 2001.

NENO, R. Spouse caregivers and the support they receive: a literature review. **Nursing Older People**, v. 16, n. 5, p.14, jul /aug. 2004.

NERI, A. L. **Qualidade de Vida e Idade Madura.** Campinas: Papirus, 1993.

_____. (Org.). **Cuidar de idosos no contexto da família:** questões psicológicas e sociais. *In*: _____. As várias faces do cuidado e do bem estar do cuidador. São Paulo: Editora Alínea, 2002. p. 9-63.

NUNES, C. A. Introdução. *In*: NUNES, C. A. **Desvendando a sexualidade.** Campinas: Papirus, 1987. p. 13-32.

OLIVEIRA, S. L. Fazendo a ciência. *In*: _____. **Tratado de metodologia científica.** São Paulo: Pioneira, 1997. p. 105-132.

PARANÁ. **Deliberação nº. 018 de 06 de dezembro de 1989.** Transforma o Colégio “Dr. Caetano Munhoz da Rocha” – Ensino de 2º Grau Supletivo em Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha. Curitiba: [s.n], 1989.

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL. Pastoral d Pessoa idosa, 2009, Curitiba. **Extrato do Brasil**. Livro de resumos. Curitiba: Pastoral da Pessoa Idosa, 1997.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida do idoso**: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. São Paulo. 2000. 252 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2001.

_____. **Qualidade de vida do idoso**: construção de um instrumento de avaliação através do método de impacto clínico. São Paulo. 2004. 227 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, 2004.

PESSOA, I.L. As Políticas de Saúde Destinadas à pessoa idosa no Brasil frente ao fenômeno do envelhecimento populacional. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA, 12, 2007, Recife.

PIAGET, J. **A equilibração das estruturas cognitivas**: problema central do desenvolvimento. Rio de Janeiro (RJ): Zahar; 1976.

POULSHOCK, S.W.; DEIMLING, G.T. Families caring for elders in residence: issues in the measurement of burden. **Journal Gerontology**, Washington, v. 39, n. 2, p. 230-239, Mar. 1984.

QUALITY OF LIVE RESEARCH UNIT. University of Toronto. Disponível em: <<http://www.gdrc.org/uem/qol-define.html>>. Acesso em: 20 mar 2009.

RAVAGNI, L. A. C. O cuidador da pessoa idosa: formação e responsabilidades. *In*: BORN, T. (Org). **Manual do Cuidador da Pessoa Idosa**: cuidar melhor e evitar a violência. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008. 330 p.

REZENDE, C. B. Mágoas de amizade: um ensaio em antropologia das emoções. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 69-89, out. 2002.

RIBEIRO, D. F. **O cuidado do idoso com insuficiência renal crônica em diálise peritoneal ambulatorial continua**. Ribeirão Preto. 2008. 131 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2008.

RUFFINO-NETO, A. Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia. **Saúde em Debate**, n. 35, p. 63-67, jul. 1992

SANTOS T.M.; et al. Aplicação de um instrumento de avaliação do grau de depressão em universitários do interior paulista durante a graduação em enfermagem. **Acta Scient.** v.25, n.2, 171-176. 2003.

SAUPE, R.; et al. Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 636-642, jul./ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000400009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 nov. 2008.

SCHMIDT, D.R.C. **Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem atuantes em unidade de bloco cirúrgico**. 2004. 185 f. Dissertação (mestrado em enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004

SEIDL, E. M. F.; ZANNOM, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20. n. 2, p. 580- 588, mar./abr, 2004.

SILVA, L.; CROCOMO, L. Z.; JAQUES, R. A. Qualidade de vida dos idosos assistidos em domicílio pelas equipes de Estratégia de Saúde da família. 2003. 67 f.. Monografia (Graduação em Enfermagem) – UNIVALI, Itajaí, 2003.

SOARES, L. E. Novas políticas de segurança pública. **Estudos Avançados**. São Paulo, v. 17, n. 46, p. 75-96, 2003.

SPÍNOLA, M.R.P.; PEREIRA, E.M. Avaliação de programa: uma metodologia. **Projeção**, Brasília: v.1, n.7, p.26-32, 1976.

SPORTELLLO, 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**. 2003. 154 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem).- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SULMASY, D. P. A Biopsychosocial-Spiritual model for the care of patients at the end of life. **The Gerontologist**, v. 42, special issue III, p. 24-33, 2002.

TAKAYANAGUI, A. M. M.; CARNEIRO, R. M. A.; QUINTINO, W. Patrimônio ambiental (físico e social) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo: um novo objeto de trabalho para a enfermagem. *In*: SIMPÓSIO INTERNACIONAL INOVAÇÃO E DIFUSÃO DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM, 2003, Ribeirão Preto-SP. **Livro de Resumos**. Ribeirão Preto: Maxicolor Gráfica e Editora Ltda, 2003. v. 1, p.222.

TAMAKI, E. M. Qualidade de vida: individual ou coletiva? **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 20 ,2000.

THE PARKS and recreation federation of Ontário. The benefits of parks and recreation: a catalogue 1992. **Lifestyle information network**. Disponível em: <<http://www.lin.ca/resource/html/bencat.htm>>. Acesso em: 02 abr. 2009.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from World Health Organization. **Social Science Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403 – 1409, 1995.

WOOD-DAUPHINEE, S. Assessing quality of life in clinical research: from where have come and where are we going? **Journal Clinical Epidemiology**, v.52, n. 4, p. 355- 363, 1999.

WHOQOL. The World Health Organization Quality of Life Instruments. **Measuring Quality of Life**. Disponível em: < <http://www.who.int/evidence/assessmentinstruments/qol/ql6.htm>>. Acesso em: 27 fev. 2009.

WANDERLEY, M.B. **Publicização do papel do cuidador domiciliar**. São Paulo: IEE/PUC-SP, Brasília, DF: Ministério da Previdência e Assistência Social.Secretaria de Assistência Social; 1998. Disponível em: <<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-016-123.pdf>> Acesso em: 20 mar.2009.

APÊNDICE

Apêndice A

[ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE](#)
 DIVISÃO DE SAÚDE MENTAL
 GRUPO WHOQOL
**VERSÃO EM PORTUGUÊS DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO
 DE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL) 1998**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES DE IDOSOS
 Pesquisador Responsável: Luciane Peter Grillo/ Ana Maria Bittar
 Telefone para contato: (47) 99753101 (41) 33429818 ramal 217 ou (41) 99768793

CONVITE À PARTICIPAÇÃO DE UM ESTUDO SOBRE QUALIDADE DE VIDA

Estamos realizando um trabalho de pesquisa sobre como é que as pessoas acham que está a sua vida nas últimas duas semanas. Para isto, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a um questionário. Serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos de sua vida: sua saúde física, sua vida emocional, sua relação com amigos e familiares, seu meio-ambiente.

Gostaríamos de deixar claro que esta pesquisa é independente e em nada influenciará caso o(a) senhor(a) não estiver de acordo em participar. Asseguramos que todas as informações prestadas pelo senhor (a) são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações serão anônimas e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas. Se você tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir, sinta-se a vontade para fazê-la.

- Nome do Pesquisador: Luciane Peter Grillo e Ana Maria Bittar
- Assinatura do Pesquisador: _____

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____,

RG _____,

CPF _____,

abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Local e data: _____

Nome: _____

Assinatura _____ :

Telefone para contato: _____

ANEXOS**Anexo A:** Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVALI

Anexo B**FICHA DE INFORMAÇÕES SOBRE O RESPONDENTE**

SEXO Masculino (1)
 Feminino (2)

IDADE (em anos completos) ___/___

DATA DE NASCIMENTO ___/___/___
 d m a

NÍVEL EDUCACIONAL

Analfabeto (1)
I grau incompleto (2)
I grau completo (3)
II grau incompleto (4)
II grau completo (5)
III grau incompleto (6)
III grau completo (7)
Pós-Graduação incompleto (8)
Pós-Graduação completo (9)

ESTADO CIVIL Solteiro (a) (1)
 Casado (a) (2)
 Vivendo como casado (a) (3)
 Separado (a) (4)
 Divorciado (a) (5)
 Viúvo (a) (6)

COMO ESTÁ A SUA SAÚDE

muito ruim (1)
fraca (2)
nem ruim nem boa (3)
boa (4)
muito boa (5)

**FORMA DE ADMINISTRAÇÃO
DO QUESTIONÁRIO**

Autoadministrado (1)
Assistido pelo entrevistador (2)
Administrado pelo entrevistador (3)

PROBLEMA DE SAÚDE ATUAL/CONDIÇÃO PRESENTE (marcar somente uma, que é a mais relevante para a presente busca de um serviço de saúde)

Nenhum problema	00
Problema de coração	01
Pressão alta	02
Artrite ou reumatismo	03
Câncer	04
Enfisema ou bronquite	05
Diabetes	06
Catarata	07
Derrame	08
Osso quebrado ou fraturado	09
Problema nervoso crônico ou emocional	10
Problema crônico de pé (joanete, unha encravada)	11
Hemorróidas ou sangramento no ânus	12
Doença de Parkinson	13
Gravidez	14
Depressão	15
Doença de pele	16
Queimaduras	17
Problema de álcool ou drogas	18
Outros (especificar).....	

DIAGNÓSTICO (CID-10) (preenchido pelo entrevistador)

REGIME DE CUIDADOS DE SAÚDE

Sem tratamento	(1)
Ambulatório	(2)
Internação	(3)

Atualmente, você cuida de algum idoso?

- sim
 não

Se SIM, você é remunerado por este trabalho?

- sim
 não

Se SIM, você tem um contrato formal de trabalho?

- sim
 não

Anexo C

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEVA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

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

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

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

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

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

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

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

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

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

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

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

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

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

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

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

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

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)