

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Marcus Luciano de Oliveira Tavares

**RELAÇÃO ENTRE O NÍVEL DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS E A  
QUALIDADE DE VIDA DO CUIDADOR INFORMAL NO CONTEXTO DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Belo Horizonte

2018

Marcus Luciano de Oliveira Tavares

**RELAÇÃO ENTRE O NÍVEL DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS E A  
QUALIDADE DE VIDA DO CUIDADOR INFORMAL NO CONTEXTO DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Área de concentração:** Saúde e Enfermagem

**Linha de Pesquisa:** Promoção da Saúde, Prevenção e Controle de Agravos.

**Orientador:** Prof. Dr. Adriano Marçal Pimenta

**Coorientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Livia Cozer Montenegro

Belo Horizonte

2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do  
Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Tavares, Marcus Luciano de Oliveira

Relação entre o nível de dependência de cuidados e a qualidade de vida do cuidador informal no contexto da atenção primária à saúde [manuscrito] / Marcus Luciano de Oliveira Tavares. - 2018.

103 f.

Orientador: Prof. Dr. Adriano Marçal Pimenta.

Coorientadora: Profª Drª Lívia Cozer Montenegro.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Cuidadores. 2.Saúde da Família. 3.Doença Crônica. 4.Enfermagem. I.Pimenta, Adriano Marçal. II.Montenegro, Lívia Cozer. III.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

**ATA DE NÚMERO 559 (QUINHENTOS E CINQUENTA E NOVE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELO CANDIDATO MARCUS LUCIANO DE OLIVEIRA TAVARES PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM ENFERMAGEM.**

Aos 23 (vinte e três) dias do mês de fevereiro de dois mil e dezoito, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*RELAÇÃO ENTRE O NÍVEL DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS E A QUALIDADE DE VIDA DO CUIDADOR INFORMAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE*", do aluno *Marcus Luciano de Oliveira Tavares*, candidato ao título de "Mestre em Enfermagem", linha de pesquisa "Promoção da Saúde, Prevenção e Controle de Agravos". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Adriano Marçal Pimenta (orientador), Cristina García - Vivar e Sônia Maria Soares, sob a presidência do primeiro. Abrindo a sessão, o Senhor Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra ao candidato para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do candidato. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do candidato e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- APROVADA;  
 APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;  
 REPROVADA.


O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pelo Senhor Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 23 de fevereiro de 2018.

Prof. Dr. Adriano Marçal Pimenta  
Orientador (Esc.Enf/UFMG)

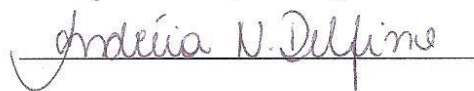
Profª. Drª. Cristina García - Vivar  
(Universidade de Navarra)

Profª. Drª. Sônia Maria Soares  
(Esc.Enf/UFMG)


Andréia Nogueira Delfino  
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação



HOMOLOGADO em reunião do CPG  
Em 05/03/2018

  
Profª. Dra. Adriana Oliveira  
Coordenadora do Colegiado de  
Pós-Graduação em Enfermagem  
Escola de Enfermagem / UFMG

Dedico este trabalho *aos meus pais, irmão* e a todos aqueles que convivem com fardo do cuidado diariamente, bem como àqueles que estão sob cuidados.

## AGRADECIMENTOS

À **espiritualidade**, pelas oportunidades e inspirações.

Aos **meus pais, Márcio e Simone**, e meu irmão, **Cicinho**, pelo zelo, dedicação e apoio durante toda minha formação humana.

Ao **meu orientador, Prof. Dr. Adriano Marçal Pimenta** pela inspiração enquanto profissional dedicado à Enfermagem e à Epidemiologia.

À **minha coorientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Livia Cozer Montenegro** pelo exemplo de profissional comprometida com a luta por uma Enfermagem mais humanizada, unida e científica.

À **Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Amanda Márcia dos Santos Reinaldo** pelas oportunidades concedidas desde a graduação.

Ao **Gustavo**, pela compreensão e paciência quando foram necessários.

Aos eternos amigos de graduação, **Ana Claudia, Jhon, Marcela, Mayara, Priscila, Stéfani** e **Thaís** pelo companheirismo.

À **Aline, Cristiane e Luís**, amigos de grupo de pesquisa, congressos e da vida, por fazerem a carga “parecer menor”.

À **Dani, Mayara, Prince** e demais **colegas da pós-graduação** e **amigos** que se fizeram presentes.

Às alunas de Iniciação Científica **Ana Clara, Bárbara** e **Thamires** pelo apoio durante a realização do projeto.

Aos **usuários dependentes, cuidadores** e familiares, que abriram as portas para nos receber em visitas domiciliares.

Aos **Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeiros e Gestores** dos Centros de Saúde Guarani e Heliópolis pela parceria e apoio oferecido durante a coleta de dados.

À **Prefeitura Municipal de Belo Horizonte** pela parceria no projeto.

À **CAPES, CNPq, FAPEMIG** e **PRPq/UFMG** pelo apoio financeiro para a realização do projeto.

Enfim, a todos que participaram direta e indiretamente na construção do meu processo de formação, minha eterna **GRATIDÃO**.

*“Nós somos aquilo que eles se tornam. O aprendiz se torna o mestre.”*

*Mestre Yoda*

*em: Star Wars – Os Últimos Jedi, 2018*

TAVARES, Marcus Luciano de Oliveira. **Relação entre o nível de dependência de cuidados e a qualidade de vida do cuidador informal no contexto da Atenção Primária à Saúde.** 2018. 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O expressivo aumento de indivíduos dependentes de cuidados tem afetado significativamente a estrutura e as relações familiares, e capacidade de resposta das famílias a essa situação. Nesse contexto, destaca-se a figura do cuidador familiar, indivíduo que é responsável pelo cuidado contínuo ao dependente, ainda que não possua formação específica para tal. Reconhecendo o cenário de transformações e sabendo da importância do papel que o cuidador familiar exerce na família e sociedade, consideramos necessário aprofundar o conhecimento sobre os impactos que o cuidado informal exerce na vida e saúde do cuidador.

**OBJETIVO:** Analisar a relação entre o nível de dependência de cuidados e a qualidade de vida (QV) do cuidador familiar no contexto da atenção primária à saúde. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo transversal, desenvolvido com uma população de 139 cuidadores de indivíduos dependentes de cuidados, adstritos a duas Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte – MG. A coleta de dados foi realizada por meio de visitas domiciliares entre outubro de 2016 e agosto de 2017. Foi utilizado um questionário para caracterização sociodemográfica do cuidador e indivíduo dependente; o Índice de Barthel, instrumento que afere o nível de dependência; e o WHOQOL-*bref* para avaliação da QV do cuidador. Os dados foram analisados por meio do *software* Stata (versão 13.1). A análise estatística constou de análise descritiva incluindo todas as variáveis do estudo, análise bivariada por meio de testes paramétricos e não paramétricos, e multivariada por meio da regressão linear múltipla. As análises bi e multivariadas tiveram como desfecho a QV em todos os seus domínios.

**RESULTADOS:** Houve predomínio de cuidadores do sexo feminino, com baixo nível de escolaridade e renda, sem atividade remunerada, filho/filha do dependente, sedentários e portadores de alguma doença ou agravo não transmissível (DANT). Destaca-se, ainda, que poucos cuidadores haviam feito algum curso para exercer essa atividade. O domínio do WHOQOL-*bref* com pior escore foi o Meio Ambiente (62,6), enquanto que o domínio Físico obteve maior escore (71,1). Na análise multivariada, o nível de dependência não apresentou relação significativa com a QV, porém, percebeu-se forte relação entre as variáveis relacionadas ao cuidador e sua QV, tais como ser portador de DANT, utilizar o serviço público de saúde, ter realizado curso de cuidador e praticar atividade de lazer.

**CONCLUSÃO:** O cuidado é realizado por indivíduos com grandes vulnerabilidades sociais,



de saúde e sem instrução para a prestação da assistência. Percebeu-se que as características do cuidador são fatores decisivos na sua QV, apontando a necessidade urgente de cuidar de quem cuida.

**DESCRITORES:** Cuidadores; Qualidade de Vida; Saúde da Família; Doença Crônica; Enfermagem Familiar; Atenção Primária à Saúde.

TAVARES, Marcus Luciano de Oliveira. **Relationship between level of care dependency and life quality of informal caregiver in the context of Primary Health Care.** 2018. 104 f. Dissertation (Master Degree in Nursing) – Nursing School, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

### ABSTRACT

**INTRODUCTION:** The significant increase in care-dependent individuals has been significantly affecting family structure, its relations, and families' ability to deal with this situation. In this context, the figure of the informal caregiver stands out, an individual who is responsible for the continuous care of the dependent, even though he/she does not have specific training for it. Recognizing the scenario of transformations and knowing the importance of the role of the informal caregiver in the family and society, we considered necessary to deepen the knowledge about the impacts that informal care has on the life and health of the caregiver. **OBJECTIVE:** To analyze the relationship between level of care dependency and the quality of life (QoL) of the informal caregiver in the context of the primary health care. **METHOD:** This is a cross-sectional, conducted with a population of 139 caregivers of care-dependent individuals assigned to two Public Primary Health Units of Belo Horizonte - MG. Data collection was performed through home visits between October 2016 and August 2017. A questionnaire was used for socio-demographic characterization of the caregiver and dependent individual; the Barthel Index, instrument that defines the level of dependence; and the WHOQOL-bref to assess the QoL of the caregiver. The data was analyzed by the Stata software (version 13.1). Statistical analysis consisted of descriptive analysis including all variables in this study, bivariate analysis using parametric and non-parametric tests, and multivariate analysis using multiple linear regression. The bivariate and multivariate analyzes had QoL outcome in all their domains. **RESULTS:** There was a predominance of female caregivers, with a low level of education and income, without paid activity, dependent's son/daughter, sedentary and with some non-communicable disease or injury. It should be noted, however, that few caregivers had taken a course to practice this activity. The WHOQOL-bref domain with the worst score was the Environment (62.6), while the Physical domain had the highest score (71.1). In the multivariate analysis, the level of dependence did not present a significant relation with QoL, but a strong relation was observed between variables related to the caregiver and his/her QoL, such as being carrier of a Non-Transmissible Disease or Injury, to use the public health service, to have taken a caregiver course, to take turns in caregiving with another person and to practice leisure activities. **CONCLUSION:** The care is carried out by individuals with great social and health

vulnerability and without education for the provision of care. It was noticed that the characteristics of the caregiver are decisive factors in his/her QoL, showing the urgent need to take care of the caregivers.

**DESCRITORES:** Caregivers; Quality of Life; Family Health; Chronic Disease; Family Nursing; Primary Health Care.

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1</b>	- Distribuição etária da população mundial, segundo o sexo, nos anos de 1950 e 2010, e projeções para 2050 e 2100 .....	20
<b>FIGURA 2</b>	- Distribuição etária da população brasileira em valores absolutos segundo sexo no ano de 2013 e projeções para 2040 e 2060 .....	21
<b>FIGURA 3</b>	- Representação geográfica da localização do município de Belo Horizonte, bem como sua divisão em distritos sanitários .....	28
<b>FIGURA 4</b>	- Representação geográfica do Distrito Sanitário Norte, pertencente ao município de Belo Horizonte, bem como localização das UBS Guarani e Heliópolis .....	30
<b>FIGURA 5</b>	- Dimensões avaliadas pelo Índice de Barthel .....	32

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1</b>	- Domínios e facetas que compõe o WHOQOL- <i>bref</i> .....	33
<b>QUADRO 2</b>	- Variáveis de exposição referentes às características sociodemográficas e econômicas dos dependentes e cuidadores .....	34
<b>QUADRO 3</b>	- Variáveis de exposição referentes aos hábitos de vida, situação de saúde/doença e processo de dependência e de cuidados .....	35
<b>QUADRO 4</b>	- Variável dependente Qualidade de Vida e seus domínios .....	36

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1</b>	- Análise univariada das variáveis quantitativas referentes aos dependentes, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017 .....	39
<b>TABELA 2</b>	- Análise univariada das variáveis qualitativas referentes às características socioeconômicas dos dependentes, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017 .....	40
<b>TABELA 3</b>	- Análise univariada das variáveis qualitativas referentes à situação de saúde dos dependentes, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017 .....	41
<b>TABELA 4</b>	- Análise univariada das variáveis qualitativas referentes ao processo de dependência, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017 .....	42
<b>TABELA 5</b>	- Estratificação das causas de dependência de acordo com o grupo de enfermidades, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017 .....	43
<b>TABELA 6</b>	- Análise univariada das variáveis quantitativas referentes aos cuidadores, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017 .....	44
<b>TABELA 7</b>	- Análise univariada das variáveis qualitativas referentes às características socioeconômicas dos cuidadores, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017.....	45
<b>TABELA 8</b>	- Análise univariada das variáveis qualitativas referentes à situação de saúde dos cuidadores, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017 .....	46
<b>TABELA 9</b>	- Análise univariada das variáveis qualitativas referentes ao processo de cuidado, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017 .....	47
<b>TABELA 10</b>	- Frequência para as variáveis WHOQOL-1 e WHOQOL-2 de cuidadores de indivíduos dependentes de cuidados, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017 .....	47
<b>TABELA 11</b>	- Análise do instrumento WHOQOL- <i>bref</i> que avalia a Qualidade de Vida, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017 .....	48
<b>TABELA 12</b>	- Análise bivariada entre as variáveis quantitativas referentes ao dependente e a Qualidade de Vida do cuidador, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017 .....	49
<b>TABELA 13</b>	- Análise bivariada entre as variáveis socioeconômicas e demográficas do dependente e a Qualidade de Vida do cuidador, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017 .....	49

<b>TABELA 14</b>	- Análise bivariada entre as variáveis referentes à situação de saúde dos dependentes e a Qualidade de Vida do cuidador, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017 .....	51
<b>TABELA 15</b>	- Análise bivariada entre as variáveis referentes ao processo de dependência e a Qualidade de Vida do cuidador, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017 .....	53
<b>TABELA 16</b>	- Análise bivariada entre as variáveis quantitativas referentes ao cuidador e sua Qualidade de Vida, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017 .....	55
<b>TABELA 17</b>	- Análise bivariada entre as variáveis socioeconômicas e demográficas do cuidador e seus níveis de Qualidade de Vida, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017 .....	56
<b>TABELA 18</b>	- Análise bivariada entre as variáveis referentes à situação de saúde dos cuidadores e seus níveis de Qualidade de Vida, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017 .....	58
<b>TABELA 19</b>	- Análise bivariada entre as variáveis referentes ao processo de cuidado e a Qualidade de Vida do cuidador, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017 .....	59
<b>TABELA 20</b>	- Modelo final da análise de Regressão Linear Múltipla do nível de dependência e das demais variáveis de exposição do estudo com a Qualidade de Vida do cuidador familiar em seus domínios e no geral, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017 .....	63

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ACS</b>	-	Agente Comunitário de Saúde
<b>AD</b>	-	Atenção Domiciliar
<b>AVE</b>	-	Acidente Vascular Encefálico
<b>BH</b>	-	Belo Horizonte
<b>DANT</b>	-	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
<b>DCNT</b>	-	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
<b>DIP</b>	-	Doenças Infecciosas e Parasitárias
<b>DM</b>	-	Diabetes Mellitus
<b>DS</b>	-	Distrito Sanitário
<b>EEUFMG</b>	-	Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
<b>EqSF</b>	-	Equipe de Saúde da Família
<b>ESF</b>	-	Estratégia Saúde da Família
<b>EUA</b>	-	Estados Unidos da América
<b>IB</b>	-	Índice de Barthel
<b>IDH</b>	-	Índice de Desenvolvimento Humano
<b>IGQV</b>	-	Índice Geral de Qualidade de Vida
<b>MG</b>	-	Minas Gerais
<b>OMS</b>	-	Organização Mundial de Saúde
<b>ONU</b>	-	Organização das Nações Unidas
<b>PBH</b>	-	Prefeitura de Belo Horizonte
<b>PIB</b>	-	Produto Interno Bruto
<b>PNS</b>	-	Pesquisa Nacional de Saúde
<b>PNUD</b>	-	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
<b>QV</b>	-	Qualidade de Vida
<b>STATA</b>	-	<i>Data Analysis and Statistical Software</i>
<b>SUS</b>	-	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	-	Unidade Básica de Saúde
<b>UFMG</b>	-	Universidade Federal de Minas Gerais
<b>WHO</b>	-	<i>World Health Organization</i>
<b>WHOQOL</b>	-	<i>World Health Organization Quality of Life</i>



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	19
2.1	Objetivo Geral .....	19
2.2	Objetivos Específicos .....	19
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	20
3.1	A transição epidemiológica e sua influência no surgimento do fenômeno da dependência .....	20
3.2	O cuidador familiar e as repercussões do cuidado ao dependente em sua Qualidade de Vida .....	23
<b>4</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODO</b> .....	28
4.1	Delineamento .....	28
4.2	Cenário .....	28
4.2.1	UBS Guarani .....	29
4.2.2	UBS Heliópolis .....	30
4.3	População .....	30
4.4	Instrumentos .....	31
4.4.1	Variáveis de exposição .....	34
4.4.2	Variável dependente .....	36
4.5	Coleta de dados .....	36
4.6	Análise dos dados .....	37
4.7	Aspectos Éticos .....	38
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	39
5.1	Caracterização dos usuários dependentes de cuidados .....	39
5.2	Caracterização dos cuidadores de usuários dependentes de cuidados .....	44
5.3	Análise bivariada das variáveis referentes ao dependente e a Qualidade de Vida cuidador .....	48

5.4	Análise bivariada das variáveis referentes ao cuidador e a sua Qualidade de Vida .....	54
5.5	Análise multivariada das variáveis significativas e a Qualidade de Vida em seus domínios .....	61
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>65</b>
6.1	Perfil dos usuários dependentes de cuidados .....	65
6.2	Perfil dos cuidadores .....	69
6.3	Aspectos do cuidado e a Qualidade de Vida do cuidador .....	73
<b>7</b>	<b>LIMITAÇÕES E POTENCIALIDADES DO ESTUDO</b> .....	<b>82</b>
<b>8</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>83</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>84</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>95</b>
	ANEXO A – Índice de Barthel .....	95
	ANEXO B – WHOQOL- <i>bref</i> .....	96
	ANEXO C – Cópia da carta de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da UFMG .....	98
	ANEXO D – Cópia da carta de anuência da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte .....	99
	ANEXO E – Ofício de autorização do Distrito Sanitário Norte .....	100
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>101</b>
	APÊNDICE A – Questionário para caracterização do perfil do dependente ....	101
	APÊNDICE B – Questionário para caracterização do perfil do cuidador .....	102
	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre Esclarecido .....	103

## 1 INTRODUÇÃO

A população mundial tem passado por profundas transformações em seus perfis demográfico, nutricional e epidemiológico, confirmadas pelo aumento nas proporções de idosos, pessoas com excesso de peso e de portadores de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) (NASCIMENTO et al., 2014). Tal situação também tem ocorrido com a população brasileira (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Nesse contexto, emerge o fenômeno da dependência de cuidados, podendo ocorrer em qualquer idade, em virtude da debilidade física e/ou por enfermidades ligadas ao envelhecimento, tais como o Alzheimer, ou por consequência das sequelas de lesões incapacitantes provocadas pelas DANT, que restringem as atividades cotidianas do indivíduo e sua capacidade para o autocuidado, tais como cegueira, amputações, paresias ou plegias, que quando combinadas desencadeiam indivíduos com processos pluripatológicos (ROTH; FREDMAN; HALEY, 2015; SCHIMIDT et al., 2011).

O expressivo aumento de indivíduos dependentes de cuidados tem afetado significativamente a estrutura e as relações familiares, e a capacidade de resposta das famílias a essa situação (ABELLÁN; ESPARZA, 2010; CANGA-ARMAYOR; GARCÍA-VIVAR; NAVAL, 2011). Sabe-se que, na contemporaneidade, as transformações sociais estão produzindo um nível demográfico, social, econômico e familiar, que levam a um número cada vez menor de pessoas disponíveis para o cuidado. Nesse contexto, destaca-se a figura do cuidador familiar, considerado aquele cuja função de cuidado é usualmente exercida por alguém que possui um vínculo afetivo com o dependente, sendo, frequentemente, um membro da família, amigo ou vizinho. O cuidador familiar tem assumido a responsabilidade pelo cuidado contínuo ao dependente, ainda que não possua formação específica para tal (ABELLÁN; ESPARZA, 2010; CANGA-ARMAYOR; GARCÍA-VIVAR; NAVAL, 2011).

Nesse contexto, estudos têm sido desenvolvidos para investigar o perfil dos cuidadores informais e as repercussões do desempenho do cuidado na vida e na saúde destes indivíduos (ANJOS et al., 2015; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016; OLIVEIRA; D'ELBOUX, 2012; ROTH; FREDMAN; HALEY, 2015;). Tais estudos mostram repercussões negativas para os cuidadores, causando impactos significativos em sua vida e inúmeras repercussões biopsicossociais (ABELLÁN; ESPARZA, 2010; BEUSEKOM et al., 2016; GANAPATHY et al, 2015; GLAJCHEN, 2012).

Algumas investigações também associam negativamente o nível de sobrecarga percebido pelo cuidador e sua Qualidade de Vida (QV), porém, tais variáveis foram

autorreferidas pelo cuidador (ANJOS et al., 2014; COSTA et al., 2015; PAPASTAVROU et al., 2014). Nesse caso, analisar essa relação torna-se algo subjetivo, passível de apresentar correlações, uma vez que são variáveis avaliadas a partir de reflexões do cuidador.

Assim, estudos que analisem o nível de dependência e a relação com a QV do cuidador de maneira objetiva, com a utilização de instrumentos validados, são necessários para que as ações de saúde sejam priorizadas e focadas nas reais demandas que dependentes e cuidadores possam apresentar.

A investigação dessa relação em cuidadores de dependentes adultos torna-se o diferencial deste estudo, uma vez que a literatura aborda, com maior frequência, cuidadores de idosos ou indivíduos com doenças ou condições específicas, como câncer ou doenças cardiovasculares (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016; OLIVEIRA; D'ELBOUX, 2012; ROTH; FREDMAN; HALEY, 2015; SCHIMIDT et al., 2011).

Nessa perspectiva, reconhecendo o cenário de transformações e sabendo da importância do papel que o cuidador familiar exerce na família e sociedade, consideramos necessário aprofundar o conhecimento sobre os impactos que o cuidado informal exerce na vida e saúde do cuidador. Diante disso, pergunta-se: qual a relação entre o nível de dependência de cuidados e a qualidade de vida do cuidador familiar?

Este estudo contribuirá para melhor compreender a relação existente entre a dependência do indivíduo e a QV do cuidador e poderá colaborar com a definição de prioridades para fundamentar a elaboração de estratégias e programas de suporte ao cuidador e dependente, além de ampliar o olhar sobre o processo de cuidado que vem sendo realizado pelos familiares, a fim de contribuir para a manutenção do bem-estar e da QV dos dependentes e de seus cuidadores.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar a relação entre o nível de dependência de cuidados e a Qualidade de Vida do cuidador familiar no contexto da atenção primária à saúde.

### **2.2 Objetivos específicos**

Descrever as características sociodemográficas, do estado de saúde e do nível de dependência de usuários dependentes de cuidados;

Descrever as características sociodemográficas, de formação profissional, situação de saúde, hábitos de vida e Qualidade de Vida dos cuidadores informais de usuários dependentes de cuidados;

Estimar a relação entre o nível de dependência de cuidados e a Qualidade de Vida do cuidador familiar.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

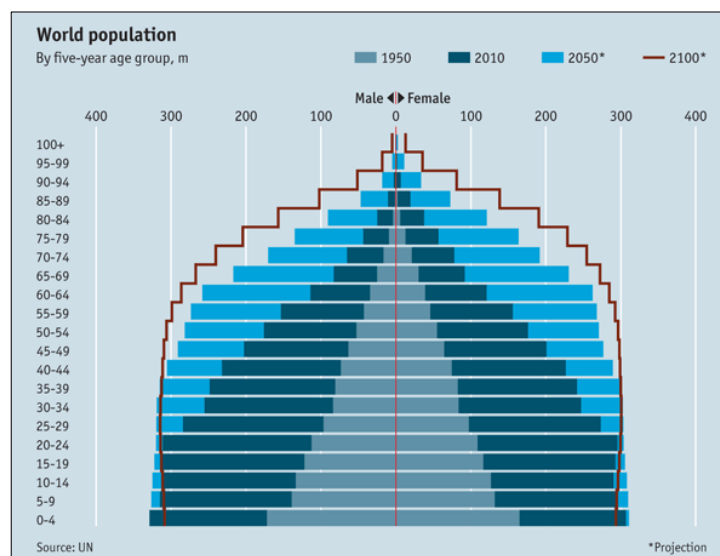
#### 3.1 A transição epidemiológica e sua influência no surgimento do fenômeno da dependência

O perfil de saúde da população mundial tem passado por profundas modificações nas últimas décadas, em decorrência da transição epidemiológica. Elaborada por Omran (1971), a Teoria da Transição Epidemiológica trata-se de uma forma de olhar e compreender a relação entre a transformação dos padrões de saúde-doença e as interações entre eles e seus determinantes demográficos, sociais e econômicos. Paralelamente à transição epidemiológica, estão as transformações demográficas e tecnológicas (MCKEOWN, 2009).

Os principais indicadores dos padrões demográficos, segundo Omran (1971), são as taxas de fecundidade e mortalidade. Ambos permitem a realização de projeções do perfil etário da população mundial. A FIGURA 1 mostra a pirâmide etária da população mundial em 1950 e 2010, e projeções para 2050 e 2100. Percebe-se como o aumento da longevidade, consequência do declínio da mortalidade e fecundidade, influencia nos padrões da pirâmide.

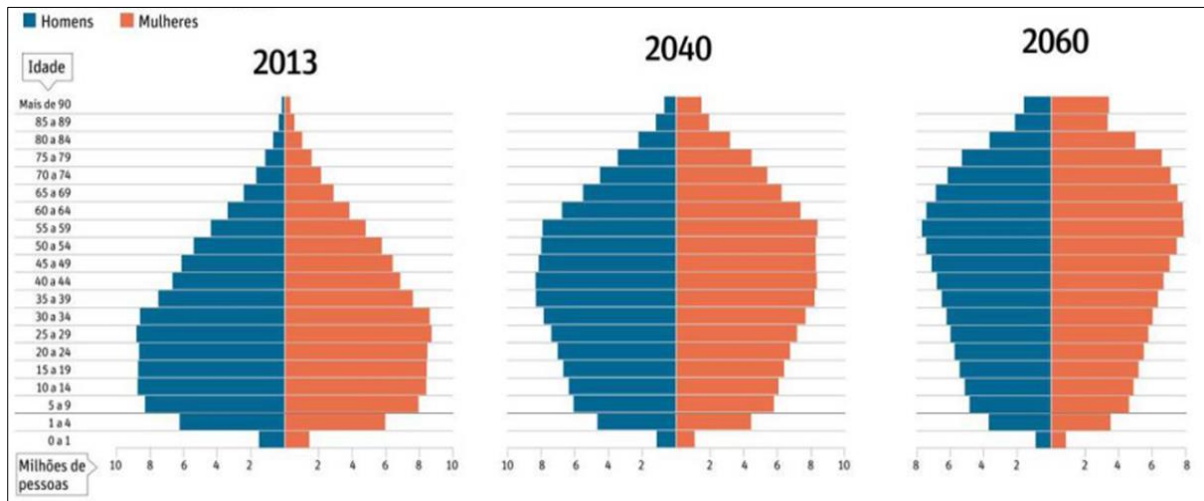
No Brasil, a situação se replica conforme mostrado na FIGURA 2, em que se observa a tendência no aumento expressivo da população de idosos para os próximos anos. Segundo o IBGE (2013), pessoas com mais de 65 anos serão mais de um quarto dos brasileiros em 2060. O percentual desse grupo representava, em 2013, 7,4% do total de pessoas vivendo no país.

**FIGURA 1** – Distribuição etária da população mundial, segundo, o sexo nos anos de 1950 e 2010, e projeções para 2050 e 2100.



Fonte: WHO, 2017.

**FIGURA 2** – Distribuição etária da população brasileira em valores absolutos segundo sexo no ano de 2013 e projeções para 2040 e 2060.



Fonte: IBGE, 2013.

O padrão de morbimortalidade no Brasil acompanha o que ocorre em outras partes do mundo. O país encontra-se entre as nações em desenvolvimento, portanto sua transição é relativamente recente e incompleta, combinando, ainda, alta incidência de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) e elevadas taxas de morbimortalidade pelas DANT. Isso representa uma “polarização da transição epidemiológica” (ARAÚJO, 2012), conceito proposto por Frenk et al. (1994) que se configura como um modelo de transição para os países latinos devido às diferenças sociais e econômicas em relação aos países desenvolvidos.

Atualmente, as DANT são consideradas o maior problema de saúde pública em nível mundial. Foram responsáveis por 68% do total de mortes no mundo em 2012. Desses óbitos, 40% ocorrem prematuramente (menores de 70 anos de idade) e quase 82% ocorrem nos países de baixa e média renda (OMS, 2014). Estima-se que entre 2011 e 2025, as perdas econômicas acumuladas devido às DANT nos países em desenvolvimento sejam de US\$ 7 trilhões, valor superior ao custo anual de US\$ 11,2 bilhões para investimentos na promoção da saúde e prevenção para reduzir o impacto dessas doenças (OMS, 2014). No Brasil, as DANT também são consideradas a maior causa de morbimortalidade (MARINHO; PASSOS; FRANÇA, 2016). Estima-se que sejam responsáveis por mais de 70% das mortes no país (IBGE, 2013).

Uma das principais consequências causadas pelas DANT são as sequelas resultantes de lesões incapacitantes que limitam as atividades cotidianas do indivíduo, tais como cegueira, amputações, paresias ou plegias, problemas psiquiátricos, dentre outras que quando combinadas restringem a execução do autocuidado, tornando-o dependente de outras pessoas

(MARINHO; PASSOS; FRANÇA, 2016; ROTH; FREDMAN; HALEY, 2015; SCHMIDT et al., 2011).

Na perspectiva da transição epidemiológica e, levando em consideração as transformações no perfil demográfico, antropométrico e de morbimortalidade, confirmadas pelo aumento nas proporções de idosos devido à elevação da expectativa de vida (MENDES et al., 2012), de indivíduos com sobrepeso/obesidade (BRASIL, 2014), e do predomínio das DANT (IBGE, 2013), estima-se acentuada elevação da quantidade de indivíduos dependentes de cuidados (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

A dependência ocorre quando as habilidades do indivíduo para executar o autocuidado são insuficientes para satisfazer as suas demandas. Já o autocuidado é definido como “a prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício para a manutenção da vida e do bem-estar” (OREM, 1980).

Dentre as atividades de autocuidado, encontram-se as Atividades da Vida Diária (AVDs), consideradas tarefas básicas que as pessoas realizam para manter a saúde e o bem-estar. Tais tarefas incluem a capacidade de comer e beber sem assistência, locomoção, ir ao banheiro, realizar sua higiene pessoal, vestir-se, dentre outras. Indivíduos dependentes podem apresentar, ainda, limitações para a realização de atividades instrumentais, como, por exemplo, fazer compras, pagar suas contas, dentre outras, devido a limitações de habilidades mentais e cognitivas (LEGG et al., 2017; SULTER; STEEN; DE KEYSER, 1999).

As avaliações da capacidade funcional e nível de dependência desses indivíduos são tão importantes quanto o diagnóstico da doença que o acomete, pois permitem aos pesquisadores e profissionais de saúde explorarem as repercussões causadas pela dependência, evidenciando os reflexos gerados em sua QV, de seus cuidadores, familiares e nos diferentes níveis do sistema de saúde (CRUZ et al. 2010; DUARTE, 2006).

Sabe-se que a epidemia das DANT e as demais transformações decorrentes da transição epidemiológica repercutem no âmbito da família, comprometendo a saúde de seus membros por meio de desgaste físico e emocional, em particular, daqueles que se dedicam ao cuidado do ente dependente (SCHMIDT, 2011).

A literatura mostra que o cuidado a uma pessoa dependente é considerado uma atividade intensa e duradoura, provocando profundas mudanças no contexto de quem necessita de cuidados e dos seus cuidadores, produzindo importantes desequilíbrios no que se refere à falta de estrutura física, problemas de convivência, condutas não solidárias de alguns membros da família (ABELLÁN; ESPARZA, 2010), escassez de recursos financeiros



(GANAPATHY et al., 2015), sendo mais prevalente os impactos no campo psicossocial (BEUSEKOM et al., 2016; HAINES et al., 2015).

Quando a situação de dependência ocorre em indivíduos com idade economicamente ativa, os impactos econômicos e sociais são ainda maiores, pois se trata, frequentemente, de pessoas responsáveis pelo suporte financeiro da família, e que, dada tal circunstância, se veem obrigados a afastar de suas atividades laborais, incumbindo seus cônjuges e/ou filhos para o cuidado e, por fim, como efeito cascata, são forçados a abandonar seus empregos, onerado o serviço público e, impactando no coletivo, além de futuramente esses indivíduos se somarem àqueles que se encontram em estado senil, aumentando o contingente de mais pessoas que demandam por cuidados. Isso demonstra a gravidade desse problema para a Saúde Pública (BEVANS; STERNBERG, 2012; BHIMANI, 2014; OLIVEIRA; D'ELBOUX, 2012).

### **3.2 O cuidador familiar e as repercussões do cuidado em sua Qualidade de Vida**

Em meio ao cenário de transformações no padrão de morbidade, emerge a figura do cuidador. O termo “cuidador” é referido de maneira genérica, uma vez que pode abranger diferentes significados, porém, Leitão e Almeida (2000, p. 80) definem que cuidador é “[...] quem assume a responsabilidade de cuidar, dar suporte ou assistir alguma necessidade da pessoa cuidada, visando a melhoria de sua saúde”. Desse modo, os cuidadores podem ser representados por profissionais de saúde, familiares ou qualquer pessoa que assuma esse papel.

Ao aprofundarmos os significados envolvendo o termo, encontramos autores que classificam os cuidadores como formais e informais, os primeiros seriam contratados e receberiam uma remuneração pela função exercida, podendo ser representados por profissionais de enfermagem, cuidadores de idosos ou outros profissionais (DUARTE, 1997; STONE; CAFFERATA; SANGL, 1987; VIEIRA et al., 2011). O cuidador familiar não possui remuneração pela função exercida, podendo ser representador por familiares, vizinhos ou voluntários; é responsável pelo cuidado contínuo e, em sua maioria, não dispõe de formação específica para tal atividade (SCHULZ; SHERWOOD, 2008).

Os cuidadores podem ser definidos, ainda, como sendo primários ou principais, e secundários. O cuidador primário é o responsável pelo cuidado contínuo, sendo aquele que se encontra intimamente envolvido com o cuidado. Já o cuidador secundário também assiste ao indivíduo, porém, com frequência menor ou mesmo como suporte ao cuidador primário (ELIOPOULOS, 2005; VIEIRA et al., 2011).

Aneschensel et al. (1995 apud Neri, 2012, p. 23) sugeriram que o ato de cuidar “é uma situação que evolui com o tempo e que, diferentemente de outras, não é planejada, nem esperada e nem escolhida”. O desenvolvimento do cuidado ao longo do tempo é influenciado não só por fatores objetivos, relativos às morbidades do dependente e às habilidades do cuidador, mas também à subjetividade dos indivíduos envolvidos nesse processo.

O cuidado informal é considerado a principal fonte de apoio aos indivíduos em situação de dependência de cuidados no Brasil (LIMA-COSTA, 2017). Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) revelaram que o cuidado informal representou 81,8% das modalidades de cuidado existentes, seguida pelo cuidado remunerado com 5,8%, e 6,8% recebiam ambas as modalidades (IBGE, 2013).

Neri (2012, p. 20) afirma que as relações existentes no cuidado informal são a “face invisível de um universo complexo e multifacetado”. A compreensão dessa definição é fundamental para entender o processo de cuidado e as implicações para cuidador, familiares e dependente, pois há vários elementos subjetivos interligados.

O trabalho de Grad e Sainsbury, em 1963, foi um dos pioneiros a investigar o papel dos cuidadores e resultou em achados que comprovaram as repercussões da doença mental na vida de pessoas da família. Desde então, o interesse pelo tema tem aumentado, devido às inúmeras transformações nos cenários de morbimortalidade, sociodemográfico e econômico (MEDEIROS; FERRAZ; QUARESMA, 1998).

A atribuição da função de cuidador familiar, segundo Karsch (1998), decorre de um processo dinâmico, o qual acontece baseado em regras refletidas em quatro fatores:

- Parentesco: com maior frequência para os cônjuges, precedendo sempre a presença de filhos;
- Gênero: com predominância do feminino;
- Proximidade física: pessoa que vive na mesma residência ou próximo;
- Proximidade afetiva: com frequência entre cônjuges e relação pais e filhos;

Baseado nos resultados de pesquisas nacionais e internacionais que investigavam o perfil dos cuidadores, Penning (1991 apud Neri, 2012, p. 26), encontraram predominância de cuidadores do sexo feminino e apontou a seguinte justificativa para os resultados:

“Como as mulheres são mais longevas do que os homens e, em geral, mais novas do que os maridos, a cuidadora familiar preferencial é a esposa. Na ausência da esposa e em segundo lugar, na hierarquia do compromisso, vêm os descendentes da segunda geração. Nesse caso, a candidata mais provável é a

filha mais velha. Com frequência é de meia-idade, casada e tem filhos jovens. Em seguida, na hierarquia, vem a filha viúva, depois a solteira, também de meia-idade, com ou sem filhos. Raramente o cuidador é outro parente ou pessoa jovem e mais raramente ainda é um homem.”

Os estudos atuais não diferem daqueles realizados nas últimas décadas, pois o perfil dos cuidadores informais, em sua maioria, é caracterizado pelo gênero feminino, cônjuges ou filhos (as), e que residem com o indivíduo dependente (ADELMAN et al., 2014; NORTHOUSE et al., 2010; WOLF et al., 2016).

Yu e colaboradores (2017), em estudo realizado com cuidadores de pacientes portadores de Leucemia, na China, revelaram que o baixo nível de apoio aos cuidadores informais é um forte preditor de baixa QV. Isso revela a necessidade de criar/fortalecer uma rede de apoio aos cuidadores, principalmente àqueles em situação de maior vulnerabilidade, pois tal apoio atua como atenuante nos problemas psicológicos, sociais e na sobrecarga de cuidados (CHIEN et al., 2011).

Outro impacto na vida do cuidador se relaciona às suas atividades laborais. Ganapathy e colaboradores (2015), investigaram o fardo do cuidado, a perda de produtividade e os custos indiretos para cuidadores de sobreviventes de acidente vascular encefálico (AVE) com espasticidade. Dentre os cuidadores que exerciam alguma atividade laboral, 32% tiveram algum tipo de restrição para o trabalho, 9% afirmaram absenteísmo devido às atividades do cuidado e 27% apontaram presença regular no trabalho. Tais resultados relacionaram-se às características do cuidador e à dependência do indivíduo dependente. O custo médio total de perda de produtividade por cuidador empregado foi de US\$ 835 por mês. Outros achados deste estudo apontam que, devido à sobrecarga causada pelo cuidado, 64,1% dos cuidadores apresentavam dor de cabeça frequente, 62,8% tinham dificuldades para dormir e 49% relataram nervosismo e ansiedade.

O conceito de QV é amplo e podem ser encontradas diversas definições na literatura, porém já está claro que a QV não se relaciona apenas a fatores ligados à saúde, pois existem outros que são capazes de influenciar a vida das pessoas, como, por exemplo, os relacionamentos interpessoais, o acesso a bens e serviços, dentre outros elementos do cotidiano das pessoas (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

A OMS (1997, p. 01) define QV como a “percepção individual da sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vivem, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Tal conceito é considerado abrangente, pois

é influenciado de maneira complexa pelas diferentes dimensões da vida do indivíduo, dentre elas a saúde física, psicológica, social, crenças, os recursos do ambiente onde vive, etc.

Considerando o conceito definido pela OMS e as evidências encontradas na literatura, o cuidado a indivíduos em situação de dependência afeta a QV do cuidador em diferentes dimensões e, nesse contexto, sua saúde torna-se comprometida (BEUSEKOM, 2016; COSTA et al., 2015; JING; WILLIS; FENG, 2016).

Em estudo espanhol, Flores et al. (2014) investigaram as diferenças e semelhanças na saúde e QV de 600 cuidadores informais e formais. Os autores encontraram importantes diferenças entre os grupos, apontando níveis mais altos de sobrecarga, pior saúde física, psicológica e QV nos cuidadores informais, enquanto que os cuidadores formais apresentaram maiores níveis de satisfação com a vida e com outros fatores como o trabalho, a família e as relações sociais.

Em meta-análise sobre as repercussões causadas pelo cuidado entre pessoas cuidadoras e não-cuidadoras, Pinquart e Sörensen (2003) revelaram que as maiores diferenças foram em relação à depressão, estresse, autoeficácia, bem-estar subjetivo geral e nível de atividade física, sendo piores nos cuidadores.

Em estudo que investigou a QV de cuidadores de pacientes com lesão cerebral, Mar et al. (2011) encontraram perda significativa de QV em comparação com a população em geral. Sendo piores na dimensão psicológica e ocasionadas pelo nível de sobrecarga que o cuidado representa. Os estudos atuais não diferem daqueles realizados nas últimas décadas, pois continuam apontando impactos significativos na QV, principalmente no campo psicossocial uma vez que, frequentemente, os cuidadores acabam por se isolar socialmente e desenvolver quadros de depressão (ADELMAN et al., 2014; BEUSEKOM, 2016).

Muito se sabe sobre o perfil dos cuidadores e sua QV, porém, pouco ainda é pesquisado sobre a relação entre o binômio dependência-qualidade de vida, principalmente na população adulta de modo geral, uma vez que os estudos realizados, abordam, em sua maioria, cuidadores de idosos ou de indivíduos em situações ou doenças específicas (GLAJCHEN, 2012; JING; WILLIS; FENG, 2016).

O modelo de cuidado (informal) aos dependentes, em curto prazo, será insustentável devido às transformações decorrentes da transição epidemiológica, além da inserção da mulher no mercado de trabalho, dentre outras mudanças ocorridas nos últimos anos. Essas transformações apontam para um número cada vez maior de pessoas necessitando de cuidados e um número menor de pessoas disponíveis para exercê-lo (CANGA-ARMAYOR; GARCÍA-VIVAR; NAVAL, 2011).

Reconhecendo esse contexto atual de mudanças e adaptações, é necessário que gestores e profissionais de saúde estendam os cuidados ao cuidador, dessa maneira, poderemos reduzir os impactos futuros que a dependência poderá causar nos sistemas de saúde, previdenciário e econômico.

## 4 MATERIAIS E MÉTODO

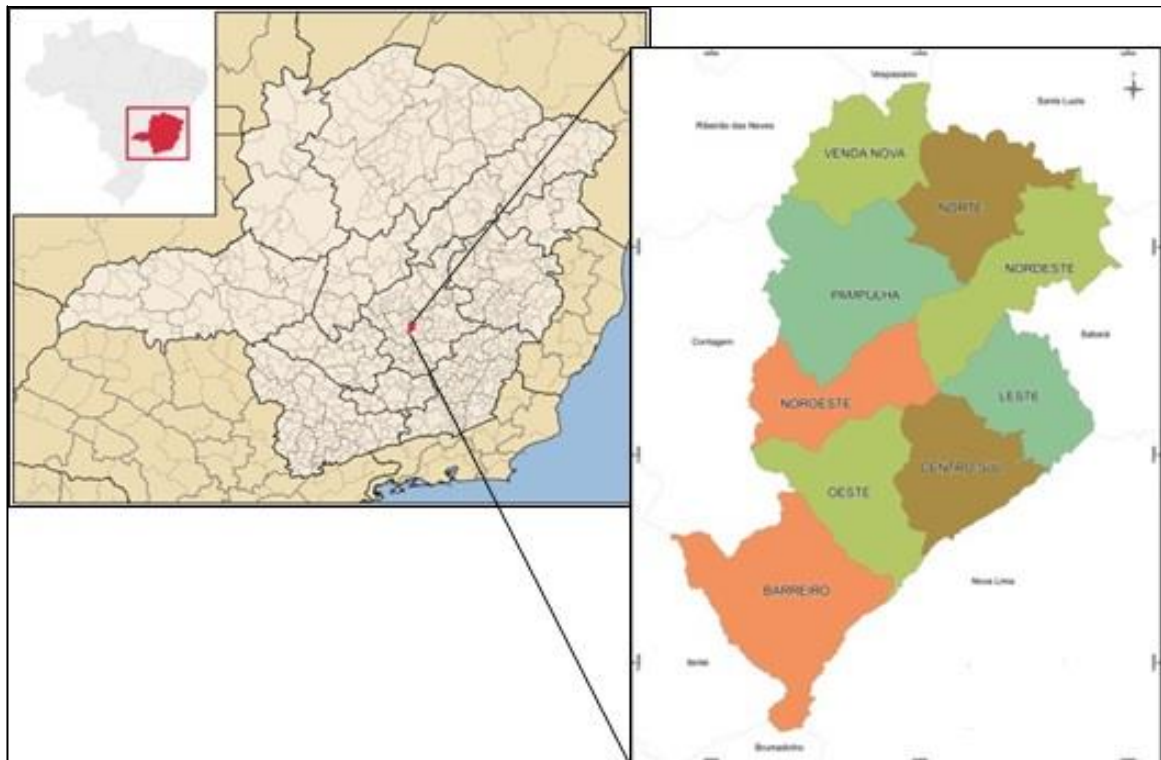
### 4.1 Delineamento

Para realização desse estudo, foi necessário explorar informações sociais, demográficas, econômicas e de situação de saúde referentes ao dependente e cuidador, o que caracteriza essa pesquisa como de natureza epidemiológica e exploratória, visto que não se conhece o perfil da população estudada. Ao explorar essas informações em um determinado período do tempo, esse estudo é caracterizado como transversal e, por verificar a existência de relação entre variáveis de exposição e desfecho, é considerado, ainda, de caráter analítico.

### 4.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado em duas Unidades Básicas de Saúde do município de Belo Horizonte, a capital de Minas Gerais (MG), estado brasileiro.

**FIGURA 3** – Representação geográfica da localização do município de Belo Horizonte, bem como sua divisão em distritos sanitários.



Fonte: PBH, 2012 (Adaptado pelo autor).

Segundo o IBGE (2017), a estimativa populacional de Belo Horizonte, em 2017, era de aproximadamente 2,5 milhões de habitantes, com um PIB *per capita*, em 2015, de R\$ 34.910,13 e IDH de 0,810, considerado muito alto pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (PNUD, 2017; IBGE, 2017). Possui 152 Centros de Saúde e 588 equipes da ESF (PBH, 2017a).

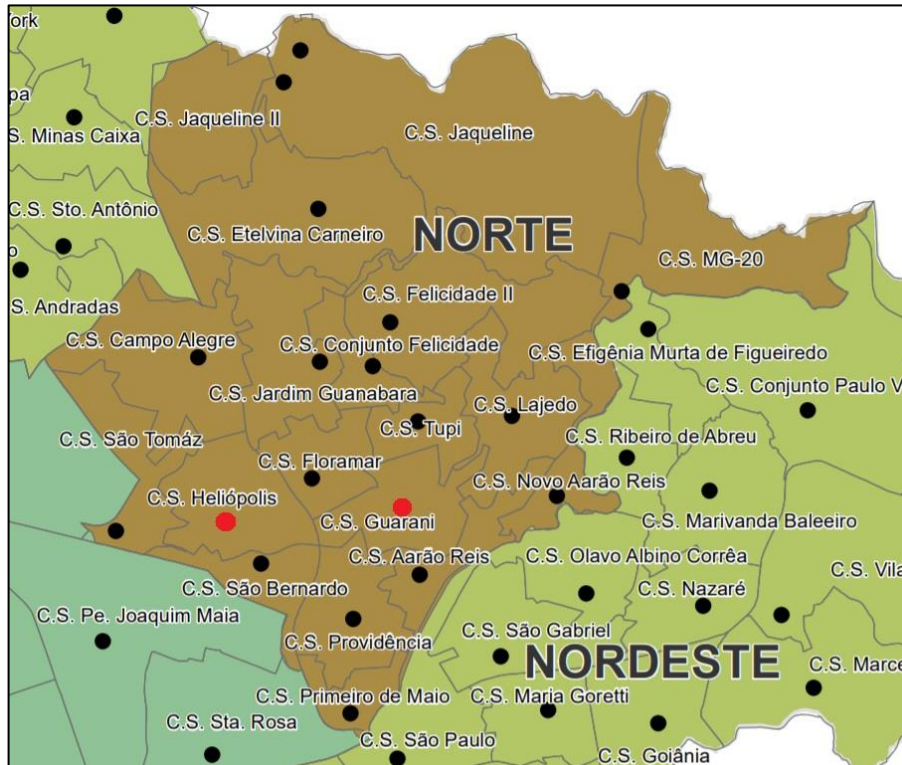
A organização territorial dos serviços de saúde do município é dividida em nove Distritos Sanitários (DS): Barreiro; Centro Sul; Leste; Nordeste; Noroeste; Norte; Pampulha; Oeste; e Venda-Nova. Esses distritos correspondem às administrações regionais da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) e têm definido limites geográficos, populacionais e administrativos das respectivas áreas de responsabilidade de cada nível organizacional. Neste estudo, optou-se por eleger duas UBS localizadas no DS Norte, uma vez que essa região compreende uma área 100% coberta pela Estratégia de Saúde da Família (PBH, 2017b).

O DS Norte faz limite com o município de Santa Luzia e com os DS Nordeste, Pampulha e Venda Nova. Abrange população aproximada de 213.208 habitantes, 64.062 domicílios em uma extensão territorial de 32,56 km<sup>2</sup>, sua densidade demográfica é de 6.513 hab./km<sup>2</sup>. A expectativa de vida ao nascer é de 76,71 anos, e há predominância do sexo feminino. A renda *per capita* é de R\$764,87 e o IDH equivalente a 0,754. Esse distrito é responsável pela administração de 20 UBS, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), uma farmácia distrital, um centro de especialidades médicas, um hospital maternidade, um centro de convivência (IBGE, 2017; PBH, 2017a; PBH, 2017b; PNUD, 2017).

#### **4.2.1 UBS Guarani**

Localizada no bairro Guarani, essa UBS é composta por quatro Equipes de Saúde da Família (EqSF), subdivididas em 19 microáreas e abrangendo uma população, em 2017, de 14.959 usuários. Essa unidade foi escolhida por possuir população em situação de baixa, média e alta vulnerabilidade. Isso colabora para que o estudo revele as características do binômio cuidador-dependente nos diferentes níveis de situação socioeconômica. Suas equipes são compostas por um médico generalista, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e três a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACSs). Possui ainda uma equipe de saúde bucal e profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), com profissionais da psicologia, fisioterapia, ginecologia, fonoaudiologia e educação física.

**FIGURA 4** – Representação geográfica do Distrito Sanitário Norte pertencente ao município de Belo Horizonte, bem como localização das UBS Guarani e Heliópolis.



Fonte: PBH, 2012 (Adaptado pelo autor).

#### 4.2.2 UBS Heliópolis

A UBS Heliópolis está localizada no bairro homônimo, possui quatro EqSF, subdivididas em 18 microáreas, as quais abrangem uma população de 17.936 usuários, em 2017. Sendo eleita para o estudo por compreender uma população em todos os níveis de vulnerabilidade social. Assim como na UBS Guarani, suas equipes são compostas por um médico generalista, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e três a seis ACSs. Possui também uma equipe de saúde bucal e uma equipe do NASF.

#### 4.3 População

A população do estudo foi constituída por todos os cuidadores familiares de usuários dependentes de cuidados, adscritos à área de abrangência das UBS do estudo. Foram abordados os cuidadores informais, considerados principais, ou seja, aqueles que despendessem cuidados por tempo maior, podendo ser familiar, amigo ou vizinho. Para



seleção dos cuidadores, foi necessário, primeiramente, a realização de um levantamento dos usuários dependentes das EqSF. Esse processo foi realizado em três etapas:

1ª Etapa: Levantamento de usuários dependentes – Por não existir registro formal da população de usuários dependentes, foram realizadas reuniões com os ACSs. Esses profissionais são considerados o principal elo entre o usuário e a EqSF. Dado esse motivo, possuem conhecimento detalhado a respeito das características da população pertencente às microáreas pelas quais são responsáveis, sendo capazes de apontar quais usuários encontram-se em situação de dependência, bem como suas fontes de apoio. Para definição do que seria “dependência”, foi realizada uma capacitação com esses profissionais, utilizando como referencial o Índice de Barthel (IB), instrumento que afere o nível de dependência. Essa estratégia foi utilizada com o intuito de reduzir potenciais vieses de seleção. Os usuários que fossem classificados como “dependentes” em ao menos um dos itens que compõe o instrumento, em um primeiro momento, seriam considerados elegíveis para o estudo.

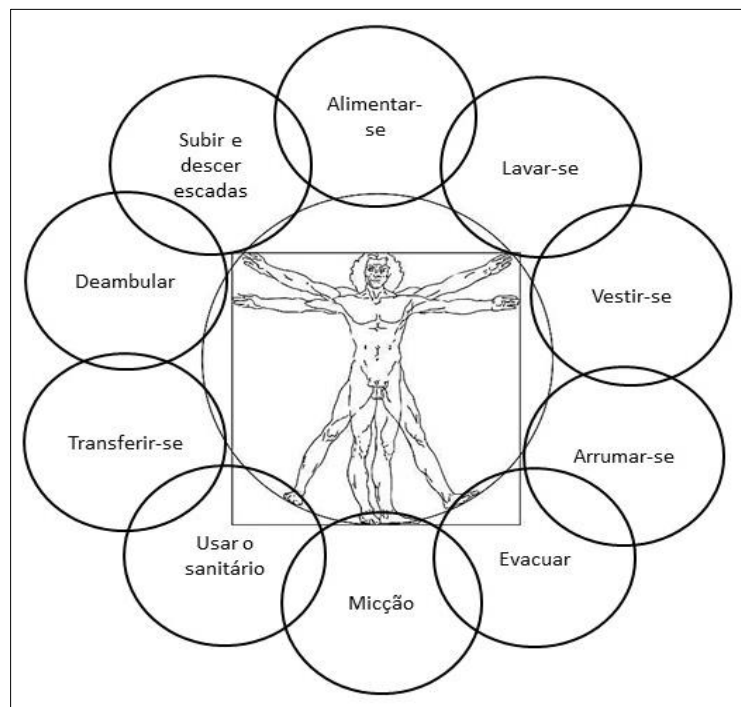
2ª Etapa: Identificação e seleção dos usuários dependentes e cuidadores – Após a capacitação, foi concedida uma semana aos profissionais para que fizessem o levantamento da quantidade de usuários dependentes que havia em sua área de atuação e, em um segundo momento, foi realizada nova reunião para que apresentassem a relação de dependentes. A partir dessa relação, foram identificados os cuidadores de cada dependente. Nessa reunião, foram definidos os critérios de pesquisa, os quais incluíam todos os cuidadores que aceitassem participar da pesquisa, com idade igual ou superior a 18 anos, cujo dependente também fosse maior de idade. Foram excluídos do estudo cuidadores formais, ou seja, aqueles que recebiam qualquer valor em dinheiro como pagamento pelo cuidado e, cuidadores de indivíduos que, após aplicação do instrumento que afere o nível de dependência, fossem classificados como “independentes”. Esse último critério foi necessário para redução de viés de seleção.

#### **4.4 Instrumentos de pesquisa**

A coleta de dados foi realizada com o cuidador familiar por meio de dois instrumentos. O Instrumento I (APÊNDICE A), referente ao usuário dependente, compreendeu dois questionários, sendo o primeiro, elaborado pelo grupo de pesquisa, composto por perguntas com o intuito de caracterizar o perfil dos dependentes. Essas questões eram referentes a informações sociodemográficas, econômicas, hábitos de vida, processo de dependência e situação de saúde.

O segundo questionário tratou-se do IB (ANEXO A), o qual deu origem à variável “Nível de Dependência”. Esse instrumento é validado no Brasil (MINOSSO et al., 2010) e considerado um dos mais utilizados no mundo para avaliar a capacidade do indivíduo para realização das AVDs. Por meio de questões fechadas, ele avalia a capacidade do indivíduo para a execução de dez tarefas abrangendo diferentes dimensões (FIGURA 5). A cada tarefa é atribuída uma pontuação que, ao final, poderá variar de 0 a 100, sendo as pontuações mais baixas referentes a um elevado nível de dependência e as mais altas a um baixo nível de dependência ou independência total (MINOSSO et al., 2010).

**FIGURA 5** – Dimensões avaliadas pelo Índice de Barthel



**Fonte:** Elaborado pelo autor.

O Instrumento II (APÊNDICE B) refere-se ao cuidador e é composto por dois questionários, sendo, o primeiro compreendido por variáveis sociodemográficas, econômicas, hábitos de vida, situação de saúde e informações referentes ao processo de cuidado.

O segundo questionário tratou-se da versão abreviada do *World Health Organization Quality of Life – 100* (WHOQOL-100), o *World Health Organization Quality of Life – Bref* (WHOQOL-bref), traduzido e validado para o português (ANEXO B) (FLECK et al., 2000).

As características psicométricas do WHOQOL-bref apresentaram os critérios de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste. Por tais motivos, alia um bom desempenho psicométrico com praticidade de uso, conferindo-lhe uma alternativa útil para ser usado em estudos que se propõe avaliar QV no Brasil (FLECK et al., 2000).

O WHOQOL-*bref* é compreendido por de 26 questões, sendo duas questões gerais de QV e as demais 24 representam cada uma das facetas que compõe o instrumento original. Diferentemente do WHOQOL-100, em que cada uma das 24 facetas é avaliada por meio de quatro questões, no WHOQOL-*bref*, cada faceta é avaliada por apenas uma questão. As 24 facetas compreendem quatro domínios a ser avaliados (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e, juntamente das duas questões gerais de percepção da QV e saúde, resultam no Índice Geral de Qualidade de Vida (IGQV). Cada domínio possui uma pontuação que varia de 0 a 100, bem como o IGQV, sendo os valores mais baixos apontadores de baixa QV e os valores mais altos, alta QV (FLECK et al., 2000).

Esse instrumento deu origem à variável de desfecho do estudo: QV (domínio Físico, Psicológico, Relações Sociais, Meio Ambiente, e IGQV).

**QUADRO 1** – Domínios e facetas que compõe o WHOQOL-*bref*.

Domínio	Faceta*
Físico	1. Dor e desconforto 2. Energia e fadiga 3. Sono e repouso 9. Mobilidade 10. Atividades da vida cotidiana 11. Dependência de medicação ou de tratamentos 12. Capacidade de trabalho
Psicológico	4. Sentimentos positivos 5. Pensar, aprender, memória, concentração 6. Autoestima 7. Imagem corporal e aparência 8. Sentimentos negativos 24. Espiritualidade/ religião/ crenças pessoais
Relações Sociais	13. Relações pessoais 14. Suporte (apoio) social 15. Atividade sexual
Meio Ambiente	16. Segurança física e proteção 17. Ambiente do lar 18. Recursos financeiros 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 21. Participação em, e oportunidades de recreação/ lazer 22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) 23. Transporte
IGQV	Avaliação da Qualidade de Vida <sup>§</sup> Satisfação com a Saúde <sup>§</sup>

**Fonte:** FLECK et al., 2000; adaptado pelo autor.

**Nota:** \*Cada faceta encontra-se acompanhada pelo número da respectiva questão contida no instrumento WHOQOL-100; <sup>§</sup>Questões que compõem o IGQV.

#### 4.4.1 Variáveis de exposição

As variáveis de exposição utilizadas no estudo foram agrupadas em dois blocos. A seguir, no QUADRO 2, encontram-se as variáveis sociodemográficas e econômicas referentes aos dependentes e cuidadores:

**QUADRO 2** – Variáveis de exposição referentes às características sociodemográficas e econômicas dos dependentes e cuidadores.

Variável	Dependente	Cuidador
Idade*	adulto (18 – 59 anos) / idoso ( $\geq$ 60 anos)	
Sexo	feminino / masculino	
Estado civil	casado / união consensual / divorciado / solteiro / viúvo	
Filhos	não / sim	
Número de filhos*	nenhum / 1 a 4 / acima de 5	
Escolaridade*	sem estudo / primeiro grau incompleto / primeiro grau completo / segundo grau incompleto / segundo grau completo / terceiro grau / pós-graduação (categorizado a partir dos “anos de estudo”)	
Exerce atividade remunerada	qualquer tipo de atividade informal remunerada	-
Situação trabalhista	desempregado / aposentado ou pensionista ou contemplado por outro benefício governamental	-
Ocupação atual	-	desempregado / aposentado ou outro benefício / assalariado ou autônomo
Carga horária semanal*§	-	em horas
Renda familiar*	sem renda / até 1 salário / 1 a 2 salários / 2 a 5 salários / acima de 5 salários (renda bruta de todos os moradores do domicílio)	-
Renda individual*	-	sem renda / até 1 salário / 1 a 2 salários / 2 a 5 salários / acima de 5 salários
Grau de parentesco com dependente	-	filho / cônjuge / pai ou mãe / irmão(ã) / tio(a) / neto(a) / sobrinho(a) / outro

\*Variáveis disponíveis também no formato contínuo; §Avaliadas apenas para fins descritivos.

As variáveis de exposição que abrangem os hábitos de vida, a situação de saúde e o processo de dependência e de cuidado encontram-se dispostas no QUADRO 3.

**QUADRO 3** – Variáveis de exposição referentes aos hábitos de vida, situação de saúde/doença e processo de dependência e de cuidados.

<b>Variável</b>	<b>Dependente</b>	<b>Cuidador</b>
DANT	não / sim	
Quantas DANT	nenhuma / uma / duas / três ou mais	
Qual DANT*§	cardiovascular / neurológica / psiquiátrica / diabetes mellitus / osteomuscular / respiratória / endócrina (exceto diabetes) / nefrológica / oftalmológica / câncer / distúrbios metabólicos / hepática / auditiva / dermatológica / gastrointestinal	
Medicamento de uso contínuo	não / sim	
Tratamento de saúde	-	não / sim
Uso de órtese ou prótese	não / sim	-
Tempo de sono por noite*	em horas	
Atividade física	-	não / sim
Frequência*§	-	quantas vezes por semana e qual o tempo dedicado por dia
Lazer	-	não / sim
Religião	-	não / sim
Internação nos últimos 12 meses	não / sim	-
Tipo de serviço de saúde que utiliza	público / privado / convênio	
Início do processo de dependência	subitamente / gradualmente / congênito	-
Tempo de dependência*	até 1 ano / entre 1 e 5 anos / entre 5 e 10 anos / entre 10 e 20 anos / acima de 20 anos	-
Causa da dependência*§	cardiovascular / neurológica / causas externas / osteomuscular / senilidade / psiquiátrica / oftalmológica / câncer / outras	-
Nível de dependência*	leve / moderado / grave / total	-
Formação para o cuidado	-	não / sim
Reside na mesma casa que o dependente	-	não / sim
Quantos dependentes sob cuidados	-	um / dois / acima de dois (inclui crianças)
Reveza o cuidado com outra pessoa	-	não / sim
Há quanto tempo é cuidador*	-	até 1 ano / entre 1 e 5 anos / entre 5 e 10 anos / entre 10 e 20 anos / acima de 20 anos

\*Variáveis disponíveis também no formato contínuo. §Avaliadas apenas para fins descritivos.

#### 4.4.2 Variável dependente

A variável dependente do estudo, conforme já explicitado, originou-se por meio do instrumento *WHOQOL-bref*. Nesse estudo, consideramos como desfecho todos os domínios que a compõe. A avaliação da QV em seus diferentes domínios faz-se necessário visto que a dependência pode afetar a vida do cuidador de diversas maneiras.

**QUADRO 4** – Variável dependente: Qualidade de Vida e seus domínios.

Variável	Domínio
QV	Físico Psicológico Social Meio Ambiente IGQV

Para verificar a adequação das perguntas contidas no questionário, bem como a compreensão dessas pela população de estudo, foi realizado um teste piloto com doze cuidadores. Após essa etapa, as perguntas permaneceram sem alteração, pois apresentaram boa adequação e compreensão, porém, foram acrescentadas duas perguntas referentes à quantidade de dependentes sob cuidados de um mesmo cuidador e o revezamento dos cuidados com outra pessoa.

#### 4.5 Coleta de dados

A coleta foi realizada entre outubro de 2016 e agosto de 2017 por uma equipe de quatro pesquisadores previamente treinados, composta por um discente da pós-graduação e três acadêmicos do curso de graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG. Ocorreu por meio de visitas domiciliares previamente agendadas em que os pesquisadores foram acompanhados pelos ACSs. No caso de intercorrências ou impossibilidade em receber o pesquisador no momento da visita, foi agendado retorno.

Ao iniciar a entrevista, o pesquisador explicava os objetivos da pesquisa, de modo a esclarecer eventuais dúvidas do participante e promover melhor compreensão do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE C). O questionário foi aplicado ao cuidador familiar de maneira verbal. As entrevistas tiveram duração média de 40 minutos.

Após a entrevista, os pesquisadores foram orientados a revisar todos os itens do questionário, de modo a não haver respostas em branco.

#### 4.6 Análise dos dados

O banco de dados foi elaborado por meio do programa EpiInfo 7®. Os dados foram inseridos por dois pesquisadores com o intuito de evitar inconsistências. Após sua inserção, o arquivo foi convertido para análise.

A análise dos dados foi realizada por meio do *Data Analysis and Statistical Software* (Stata) versão 13.1, e ocorreu em duas etapas:

Na primeira etapa, foi realizada a análise univariada dos dados por meio da descrição das variáveis utilizando médias, medianas, desvios-padrão e valores mínimo e máximo para as variáveis contínuas, além de frequências absolutas e relativas para as variáveis qualitativas. Algumas variáveis contínuas, como idade e renda ainda foram categorizadas para facilitação das análises. A normalidade das variáveis contínuas foi testada por meio do teste de *Shapiro-Wilk*.

Na segunda etapa, foi investigada a existência de associação entre o nível de dependência do usuário e a QV do cuidador familiar, tanto em seu Índice Geral, quanto nos quatro domínios que a compõe (Físico; Meio Ambiente; Social; Psicológico). Para essas análises, foram utilizados os testes de *Mann-Whitney* e *Kruskal Wallis* para desfechos não paramétricos e *t-Student* e ANOVA quando paramétricos, além da Regressão Linear Simples para variáveis contínuas.

A análise multivariada foi realizada na terceira etapa. Nela, foram construídos cinco modelos de regressão linear múltipla, sendo referentes aos quatro domínios da QV e ao IGQV. Utilizamos o método *backward* para construção do modelo e incluímos todas as variáveis de interesse que se relacionaram a um nível de significância estatística inferior a 20% na análise bivariada, sendo retirada uma a uma. A variável “Nível de Dependência”, mesmo que não apresentasse o nível de significância estatística adotado para entrada no modelo, foi incluída por se tratar da principal variável de exposição do estudo. Dessa maneira, poderíamos testar sua relação com a QV quando controlada pelas demais variáveis.

O nível de significância estatística fixado em todas as etapas foi de 5%.

Para avaliar os ajustes dos modelos finais, avaliamos os resíduos quanto à sua normalidade, colinearidade e heterocedasticidade por meio de análises gráficas e testes VIF (*Variance Inflation Factor*) e *Breusch-Pagan-Godfrey*.

#### **4.7 Aspectos Éticos**

Esse estudo teve seus aspectos éticos baseados na Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº 466/12 (BRASIL, 2013a), e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em 26 de junho de 2016, sob registro nº 54550412.0.0000.5149 (ANEXO C). Ademais, foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (ANEXO D) e gestão do Distrito Sanitário Norte (ANEXO E).

Os participantes do estudo assinaram o TCLE voluntariamente após esclarecimento da proposta do estudo em todas as etapas. Foi garantido sigilo das informações, bem como a privacidade e o anonimato.

Foi assegurada a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa, deixando de participar deste estudo se assim o desejasse, não acarretando ônus ou interferência em suas atividades.



## 5. RESULTADOS

Foram identificados 176 dependentes com cuidadores, desses, 26 cuidadores eram remunerados e foram excluídos. Por fim, obtivemos um total de 150 cuidadores elegíveis para a pesquisa. Ao agendar as visitas domiciliares, houve recusa de sete, resultando em 143 cuidadores. Ao realizar as visitas, foram identificados, por meio do IB, quatro indivíduos independentes, dessa maneira, a população estudada compreendeu 139 cuidadores e usuários dependentes.

### 5.1 Caracterização dos usuários dependentes de cuidados

Nesta sessão, serão expostos os dados que caracterizam o perfil dos indivíduos dependentes de cuidados. A seguir, na TABELA 1, está exposta análise das variáveis quantitativas referentes aos dependentes.

**TABELA 1** – Análise univariada das variáveis quantitativas referentes aos dependentes, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017.

Variável	Média	DP	Mediana	Min – Max
Idade (anos)	70,8	18,7	76	18 – 100
Número de filhos	3,7	3,9	3	0 – 22
Anos de estudo	3,5	3,4	4	0 – 14
Renda familiar (R\$)	2924,77	2474,99	2500	0 – 22000
Quantidade de DANT	2,3	1,4	2	0 – 6
Tempo de dependência (meses)	149	196,9	60	2 – 1068
Sono (horas)	8,9	2,6	9	1 – 20
Nível de dependência*	51,6	30,8	55	0 – 95

**Notas:** DP – desvios padrão; DANT – doença ou agravamento não transmissível; \*Obtido por meio do IB; N = 139 dependentes.

Ao analisar as variáveis qualitativas referentes às características socioeconômicas dos dependentes, percebeu-se que 77% eram idosos, 61,9% do sexo feminino, 33,1% eram viúvos, 72% tinham filhos, sendo predominante aqueles que possuíam de um a quatro filhos (39,6%), 58,3% não completaram ensino fundamental, 98,6% não exerciam qualquer tipo de atividade remunerada, 66,2% encontravam-se aposentados, e 46,7% possuíam renda familiar de dois a cinco salários mínimos (TABELA 2).

**TABELA 2** – Análise univariada das variáveis qualitativas referentes às características socioeconômicas dos dependentes, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Faixa Etária		
Adulto (18 – 59 anos)	32	23
Idoso ( $\geq$ 60 anos)	107	77
Sexo		
Feminino	86	61,9
Masculino	53	38,1
Estado Civil		
Viúvo	46	33,1
Casado	44	31,6
Solteiro	39	28,1
Separado	10	7,2
Filhos		
Não	39	28
Sim	100	72
Número de Filhos		
Nenhum	39	28
1 a 4	55	39,6
5 a 10	40	28,8
$\geq$ 11	5	3,6
Grau de Escolaridade		
Sem estudo	41	29,5
Primeiro Grau Incompleto	81	58,3
Primeiro Grau Completo	2	1,4
Segundo Grau Incompleto	1	0,7
Segundo Grau Completo	11	7,9
Terceiro Grau	3	2,2
Atividade Remunerada*		
Não	137	98,6
Sim	2	1,4
Situação Trabalhista		
Aposentado/pensionista	124	89,2
Desempregado	15	10,8
Renda Familiar†		
Sem renda	4	2,9
$\leq$ 1 salário	19	13,7
1 a 2 salários	31	22,3
2 a 5 salários	65	46,7
$>$ 5 salários	20	14,4

**Notas:** \*indivíduos que exercem alguma atividade informal (bordado, pintura, etc.). †Salário mínimo vigente em 2017 = 937,00; N = 139 dependentes.

Em relação às variáveis referentes à situação de saúde dos dependentes, expostas na TABELA 3, 95% eram acometidos por ao menos uma DANT e 39,6% apresentavam diagnósticos de três ou mais DANT. Em relação ao tipo de DANT, 59% eram diagnosticados com alguma doença cardiovascular, 38,8% por doenças neurológicas e 34,5% por doenças

psiquiátricas. Ademais, 97,1% utilizavam medicamentos de uso contínuo, 78,4% utilizavam órtese ou prótese, 40,3% foram internados nos 12 meses que antecederam a entrevista e, 98,6% eram usuários do serviço público de saúde.

**TABELA 3** - Análise univariada das variáveis qualitativas referentes a situação de saúde dos dependentes, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017.

Variáveis	n	%
DANT		
Não	7	5
Sim	132	95
Número de DANT		
Nenhuma	7	5
Uma	44	31,7
Duas	33	23,7
Três ou mais	55	39,6
Grupo de DANT*		
Cardiovascular	82	59
Neurológica	54	38,8
Psiquiátrica	48	34,5
Diabetes Mellitus	41	29,5
Osteomuscular	25	18
Respiratória	14	10,1
Endócrina (exceto diabetes mellitus)	9	6,5
Nefrológica	9	6,5
Oftalmológica	5	5,8
Câncer	5	3,6
Distúrbios metabólicos (Hipercolesterolemia)	4	2,9
Hepática	3	2,2
Auditiva	1	0,7
Dermatológica	1	0,7
Gastrintestinal	1	0,7
Medicamento de uso contínuo		
Não	4	2,9
Sim	135	97,1
Uso de órtese ou prótese		
Não	30	21,6
Sim	109	78,4
Internação nos últimos 12 meses		
Não	83	59,7
Sim	56	40,3
Tipo de serviço de saúde que utiliza†		
Público	137	98,6
Convênio	44	31,6
Privado	3	2,2

**Notas:** DANT – doenças e agravos não transmissíveis; \*Houve participantes acometidos por mais de uma DANT; †Alguns participantes relataram possuir dupla ou tripla cobertura dos serviços de saúde; N = 139 participantes.

As variáveis referentes ao processo de dependência podem ser visualizadas na TABELA 4. Houve predominância de dependentes cujo processo iniciou-se de maneira súbita

(47,5%) e o tempo de dependência de 39,6% era de dois a cinco anos. No que diz respeito às causas da dependência, em 24,5% dos casos ela era decorrente de doenças cardiovasculares, 22,3% por causas neurológicas e 12,2% por causas externas. Ademais, 48,9% encontravam-se em um nível de dependência leve, segundo IB, enquanto 22,3% estavam em situação de dependência total.

**TABELA 4** - Análise univariada das variáveis qualitativas referentes ao processo de dependência, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017.

Variáveis	n	%
Início do processo de dependência		
Subitamente	66	47,5
Gradualmente	58	41,7
Congênita	15	10,8
Tempo de dependência		
≤ 1 ano	16	11,5
1 a 5 anos	55	39,6
5 a 10 anos	25	18
10 a 20 anos	18	12,9
> 20 anos	25	18
Causa da Dependência		
Cardiovascular	34	24,5
Neurológica	31	22,3
Causas externas	17	12,2
Osteomuscular	17	12,2
Senilidade	10	7,2
Psiquiátrica	9	6,5
Oftalmológica	6	4,3
Câncer	3	2,2
Outros	12	8,6
Nível de Dependência*		
Leve	68	48,9
Moderado	25	18
Grave	15	10,8
Total	31	22,3

**Notas:** \*Obtido por meio do Índice de Barthel; N = 139 dependentes.

Ao estratificarmos as causas da dependência, percebeu-se que, dentre as Cardiovasculares, 91,3% foram decorrentes de AVE; as Neurológicas, 38,7% foram causadas pelo Alzheimer; em relação às Psiquiátricas, 44,4% pela esquizofrenia, empatando com a demência; as quedas foram responsáveis por 47% das Causas Externas; as fraturas por 47,1% das causas Osteomusculares; a deficiência visual total por 66,6% das causas Oftalmológicas e; dentre as Outras Causas, a hipóxia cerebral foi responsável por 25% (TABELA 5).

**TABELA 5** - Estratificação das causas de dependência de acordo com o grupo de enfermidade, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Cardiovascular (n=34)		
AVE	31	91,3
Aneurisma Cerebral	1	2,9
IAM	1	2,9
Trombose	1	2,9
Neurológico (n=31)		
Alzheimer	12	38,7
Sequela de meningite	6	19,4
Paralisia cerebral	5	16,1
Mal de Parkinson	2	6,5
Esclerose múltipla	2	6,5
Sequela de poliomielite	1	3,2
Leucoaraiose	1	3,2
Microcefalia	1	3,2
Epilepsia	1	3,2
Psiquiátrica (n=9)		
Esquizofrenia	4	44,4
Demência	4	44,4
Depressão	1	11,2
Causas Externas (n=17)		
Queda	8	47
Acidente de trânsito	7	41,2
Agressões	2	11,8
Osteomuscular (n=17)		
Fratura	8	47,1
Desgaste osteoarticular	3	17,6
Artrite/artrose	2	11,7
Hérnia de disco	1	5,9
Osteoporose	1	5,9
Cialgia crônica	1	5,9
Distrofia muscular	1	5,9
Oftalmológica (n=6)		
Deficiência visual total	4	66,6
Redução da acuidade visual	1	16,7
Sequela de cirurgia oftalmológica	1	16,7
Outras causas (n=12)		
Hipóxia cerebral	3	25
Insuficiência Renal Crônica	2	16,7
Diabetes descompensada	2	16,7
Amputação de membros inferiores	2	16,7
Hérnia inguinal	1	8,3
Enfisema pulmonar	1	8,3
Labirintite	1	8,3

## 5.2 Caracterização dos cuidadores de usuários dependentes de cuidados

Foram entrevistados 139 cuidadores. Na TABELA 6 estão expostas as variáveis quantitativas referentes a eles.

**TABELA 6** - Análise univariada das variáveis quantitativas referentes aos cuidadores, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017.

<b>Variável</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Mediana</b>	<b>Min – Max</b>
Idade (anos)	55,9	14,8	57	19 – 84
Número de filhos	2,3	2,2	2	0 – 10
Anos de estudo	8,1	3,8	9	0 – 16
Carga horária de trabalho (semanal)	27,9	17,1	30	0 – 72
Renda do cuidador (R\$)	1016,22	1464,77	937	0 – 10000
Frequência atividade física (semanal)	3,2	1,3	3	1 – 6
Duração atividade física (minutos)	64,5	64,5	60	30 – 180
Frequência lazer (semanal)	1,7	1,3	1	1 – 7
Quantidade de DANT	1,3	1,4	1	1 – 5
Tempo como cuidador (meses)	116,7	131,7	60	2 – 600
Sono (horas)	7,3	1,9	8	3 – 12
Quantos dependentes sob cuidados	1,2	0,5	1	1 – 4

**Notas:** DP – desvios padrão; DANT – doença ou agravamento não transmissível; N = 139 cuidadores.

As variáveis qualitativas que descrevem as características sociodemográficas dos cuidadores estão expostas na TABELA 7. Houve predominância de cuidadores adultos (55,4%), porém, com grande quantidade, ainda, de idosos (44,6%), 78,4% do sexo feminino, 52,5% casados, 75,4% possuíam ao menos um filho, 62,6% com um a quatro filhos vivos, 40,3% com primeiro grau incompleto, 72,7% não trabalhavam, 40,3% encontravam-se desempregados, 35,2% não possuíam nenhuma fonte de renda individual e, 41,7% informou ser filho do usuário dependente.

Em relação à situação de saúde dos cuidadores, os dados da TABELA 8, apontaram que 64,7% foram diagnosticados com alguma DANT, sendo que aproximadamente um quinto (20,1%) encontrava-se acometido por três ou mais DANT. Dentre os diagnósticos, 49,6% foram por causas Cardiovasculares, seguido pelas Osteomusculares (18,7%), e Diabetes Mellitus com (15,8%). A realização de algum tratamento de saúde, excluindo-se o uso de medicamentos foi referido por 48,2% dos cuidadores. Ademais, 62,6% informaram fazer uso de medicamento contínuo, 32,4% praticavam atividade física, 44,6% referiram não praticar qualquer atividade de lazer, 84,9% praticavam alguma religião, e 98,6% referiram o uso do serviço público de saúde.

**TABELA 7** - Análise univariada das variáveis qualitativas referentes às características socioeconômicas dos cuidadores, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Faixa Etária		
Adulto (18 – 59 anos)	77	55,4
Idoso ( $\geq$ 60 anos)	62	44,6
Sexo		
Feminino	109	78,4
Masculino	30	21,6
Estado Civil		
Casado	73	52,5
Solteiro	37	26,6
Viúvo	16	11,5
Separado	13	9,4
Filhos		
Não	37	26,6
Sim	102	75,4
Número de filhos vivos		
Nenhum	36	25,9
1 a 4	87	62,6
5 a 10	16	11,5
Grau de Escolaridade		
Sem estudo	3	2,1
Primeiro Grau Incompleto	56	40,3
Primeiro Grau Completo	9	6,5
Segundo Grau Incompleto	14	10,1
Segundo Grau Completo	46	33,1
Terceiro Grau	11	7,9
Trabalha		
Não	101	72,7
Sim	38	27,3
Ocupação Atual		
Desempregado	56	40,3
Aposentado/Pensionista	45	32,4
Assalariado/Autônomo	38	27,3
Renda Individual*		
Sem renda	49	35,2
$\leq$ 1 salário	46	33,1
1 a 2 salários	26	18,7
2 a 5 salários	15	10,8
$>$ 5 salários	3	2,2
Parentesco/relação com dependente		
Filho	58	41,7
Cônjuge	27	19,4
Outro (tio, sobrinho, neto, amigo)	20	14,4
Irmão	19	13,7
Pai/Mãe	15	10,8

Notas: \*Salário mínimo vigente em 2017 = 937,00; N = 139 cuidadores.

**TABELA 8** - Análise univariada das variáveis qualitativas referentes a situação de saúde dos cuidadores, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
DANT		
Não	49	35,3
Sim	90	64,7
Número de DANT		
Nenhuma	49	35,3
Uma	42	30,2
Duas	20	14,4
Três ou mais	28	20,1
Grupo de DANT*		
Cardiovascular	69	49,6
Osteomuscular	26	18,7
Diabetes Mellitus	22	15,8
Psiquiátrica	12	8,6
Endócrina (exceto diabetes mellitus)	10	7,2
Distúrbios metabólicos (hipercolesterolemia)	8	5,8
Respiratória	6	4,3
Neurológica	3	2,2
Oftalmológica	3	2,2
Câncer	1	0,7
Hepática	1	0,7
Nefrológica	1	0,7
Tratamento de saúde		
Não	72	51,8
Sim	67	48,2
Medicamento de uso contínuo		
Não	52	37,4
Sim	87	62,6
Atividade Física		
Não	94	67,6
Sim	45	32,4
Lazer		
Não	62	44,6
Sim	77	55,4
Religião		
Não	21	15,1
Sim	118	84,9
Tipo de serviço de saúde que utiliza†		
Público	137	98,6
Convênio	43	30,9
Privado	6	4,3

**Notas:** DANT – doenças e agravos não transmissíveis; \*Houve participantes acometidos por mais de uma DANT; †Alguns participantes relataram dupla ou tripla cobertura dos serviços de saúde; N = 139 cuidadores.

Na TABELA 9, encontram-se os dados referentes ao processo de cuidado. Percebe-se que baixo percentual de cuidadores passou por algum processo de formação para executar tal tarefa (11,5%), sendo que a maioria deles cuidava de apenas um dependente (85,6%). Além



disso, 51,8% informaram não revezar o cuidado com outras pessoas, 86,3% residiam na mesma casa que o dependente e, 39,6% exerciam o cuidado entre dois e cinco anos.

**TABELA 8** - Análise univariada das variáveis qualitativas referentes ao processo de cuidado, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Formação para cuidado		
Não	123	88,5
Sim	16	11,5
Quantidade de dependentes sob cuidados		
Um	119	85,6
Dois	16	11,5
Acima de dois	4	2,9
Reveza cuidado com outra pessoa		
Não	72	51,8
Sim	67	48,2
Reside na mesma casa que o dependente		
Não	19	13,7
Sim	120	86,3
Tempo em que atua como cuidador		
≤ 1 ano	17	12,2
1 a 5 anos	55	39,6
5 a 10 anos	31	22,3
10 a 20 anos	17	12,2
> 20 anos	19	13,7

**Nota:** N = 139 cuidadores.

A seguir, na TABELA 10 encontram-se a distribuição das frequências para as questões um e dois, que compõem o IGQV e na TABELA 11 os resultados da QV dos cuidadores. Percebe-se que dentre os domínios de QV, o Físico apresentou maior escore, com 71,1, seguido pelo Social (69,7), Psicológico (62,6) e, o domínio Meio Ambiente, com menor escore (62,6).

**TABELA 9** - Frequência para as variáveis WHOQOL-1 e WHOQOL-2 de cuidadores de indivíduos dependentes de cuidados, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017.

<b>WHOQOL-1</b>			<b>WHOQOL-2</b>		
<b>Como você avaliaria sua Qualidade de Vida?</b>			<b>Quão satisfeito(a) está com a sua saúde?</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
Muito ruim	4	2,9	Muito insatisfeito	4	2,9
Ruim	11	7,9	Insatisfeito	14	10,1
Nem ruim nem boa	40	28,8	Nem satisfeito nem insatisfeito	40	28,8
Boa	66	47,5	Satisfeito	54	38,8
Muito boa	18	12,9	Muito satisfeito	27	19,4

**Nota:** N = 139 cuidadores.

**TABELA 10** - Análise do instrumento WHOQOL-*bref* que avalia Qualidade de Vida, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017

Variável	Média	DP	Mediana	Min – Max
IGQV	65,2	20,3	62,5	0 – 100
Físico	71,1	17,9	75	21,4 – 100
Social	69,7	21,1	75	8,3 – 100
Psicológico	68,5	16,1	70,8	20,8 – 100
Meio ambiente*	62,6	13,7	62,5	15,6 – 100

**Notas:** DP – desvios padrão; IGQV – índice geral de QV. \*Variável com distribuição normal segundo o teste de Shapiro-Wilk; N = 139 cuidadores.

### 5.3 Análise bivariada das variáveis referentes ao dependente e a Qualidade de Vida do cuidador

A relação entre as variáveis quantitativas referentes ao dependente e a QV do cuidador pode ser verificada por meio da TABELA 12. Houve relação significativa entre a Renda Familiar e os domínios Meio Ambiente e Social ( $p < 0,05$ ), revelando que a QV aumentava quanto maior era a renda da família.

Quanto às variáveis qualitativas, não foram verificadas associações significativas com o domínio Físico. Contudo, no domínio Meio Ambiente, observaram-se, diferenças significativas na QV entre os estratos de Renda Familiar ( $p = 0,003$ ) (TABELA 13).

Cuidadores cujos dependentes possuíam maior quantidade de filhos apresentavam QV Psicológica mais elevada ( $p = 0,047$ ). Não encontramos diferenças significativas entre a QV no domínio Social e as variáveis qualitativas referentes aos dependentes.

O IGQV do cuidador, avaliado por meio da percepção geral de QV e satisfação com a saúde apresentou maiores níveis de QV em cuidadores cujos dependentes fossem aposentados ou pensionistas ( $p = 0,046$ ) (TABELA 13). Houve, ainda, diferenças significativas ao comparar a quantidade de DANT que o dependente possuía ( $p = 0,018$ ), revelando que os cuidadores de dependentes acometidos com maior quantidade de DANT apresentavam menores níveis de QV (TABELA 14).

No que diz respeito às variáveis que compuseram a avaliação do processo de dependência, nenhuma delas se associou significativamente à QV (TABELA 15).

**TABELA 11** - Análise bivariada entre as variáveis quantitativas referentes ao dependente e a Qualidade de Vida do cuidador, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017.

Variável	Físico		Meio Ambiente		Psicológico		Social		IGQV	
	Coef. $\beta$	p-valor <sup>†</sup>	Coef. $\beta$	p-valor <sup>†</sup>	Coef. $\beta$	p-valor <sup>†</sup>	Coef. $\beta$	p-valor <sup>†</sup>	Coef. $\beta$	p-valor <sup>†</sup>
Idade (anos)	-0,018	0,821	0,072	0,250	0,024	0,740	0,046	0,629	0,021	0,822
Número de filhos	0,438	0,264	0,141	0,636	0,526	0,134	0,206	0,654	0,559	0,207
Anos de estudo	0,065	0,886	0,421	0,225	0,099	0,808	0,880	0,099	-0,360	0,485
Renda familiar (R\$)	0,001	0,083	0,001	<b>0,001</b>	0,001	0,050	0,001	<b>0,018</b>	0,000	0,218
Quantas DANT	-1,126	0,289	-0,745	0,358	-1,289	0,176	-0,626	0,617	-2,280	0,057
Tempo de dependência (meses)	-0,005	0,508	-0,001	0,800	-0,004	0,562	0,009	0,323	-0,004	0,612
Sono (horas/dia)	0,849	0,150	0,808	0,072	0,495	0,351	0,462	0,506	0,823	0,218
Nível de dependência <sup>∞</sup>	0,087	0,077	0,036	0,332	0,068	0,125	0,051	0,377	0,036	0,521

**Notas:** IGQV – índice geral de QV; DANT – doença e agravo não transmissível. <sup>∞</sup>Obtido por meio do Índice de Barthel. <sup>†</sup>Obtido por meio do cálculo de Regressão Linear Simples.

**TABELA 12** - Análise bivariada entre as variáveis socioeconômicas e demográficas do dependente e a Qualidade de Vida do cuidador, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017.

(Continua)

Variável	Físico		Meio Ambiente		Psicológico		Social		IGQV	
	Mediana	p-valor <sup>†</sup>	Média	p-valor <sup>‡</sup>	Mediana	p-valor <sup>†</sup>	Mediana	p-valor <sup>†</sup>	Mediana	p-valor <sup>†</sup>
<b>Faixa Etária</b>		0,980		0,473		0,723		0,489		0,902
Adulto (18 – 59 anos)	73,2		61,03		70,8		66,7		68,7	
Idoso ( $\geq$ 60 anos)	75		63,02		70,8		75		62,5	
<b>Sexo</b>		0,833		0,523		0,456		0,946		0,856
Feminino	75		63,1		70,8		75		62,5	
Masculino	75		61,6		70,8		75		62,5	

**TABELA 13** - Análise bivariada entre as variáveis socioeconômicas e demográficas do dependente e a Qualidade de Vida do cuidador, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017.

(Continua)

Variável	Físico		Meio Ambiente		Psicológico		Social		IGQV	
	Mediana	p-valor <sup>†</sup>	Média	p-valor <sup>‡</sup>	Mediana	p-valor <sup>†</sup>	Mediana	p-valor <sup>†</sup>	Mediana	p-valor <sup>†</sup>
<b>Estado Civil</b>		0,974		0,580		0,106*		0,172*		0,811
Solteiro	71,4		61,6		66,7		75		62,5	
Casado	76,8		64,4		70,8		75		68,7	
Separado	78,6		65,3		72,9		79,2		68,7	
Viúvo	75		61		70,8		66,7		62,5	
<b>Filhos</b>		0,418		0,170*		0,278		0,220		0,642
Não	71,4		62,5		66,7		75		62,5	
Sim	76,9		62,6		70,8		66,7		62,5	
<b>Número de Filhos</b>		0,564		0,493		0,047*		0,128*		0,783
Nenhum	71,4		61,8		66,7		75		62,5	
1 a 4	75		62,3		70,8		66,7		62,5	
5 a 10	75		62,4		66,7		75		62,5	
≥ 11	78,6		71,9		83,3		83,3		75	
<b>Grau de Escolaridade</b>		0,616		0,277		0,653		0,526		0,582
Sem estudo	75		58,6		66,7		66,7		75	
Primeiro Grau Incompleto	75		64,4		70,8		75		62,5	
Primeiro Grau Completo	69,6		59,4		75		83,3		81,2	
Segundo Grau Incompleto	85,7		68,7		75		83,3		62,5	
Segundo Grau Completo	78,6		65,6		75		66,7		62,5	
Terceiro Grau	42,8		56,2		54,2		83,3		50	
<b>Atividade Remunerada</b>		0,303		0,253		0,414		0,090*		0,856
Não	75		62,6		70,8		75		62,5	
Sim	82,1		60,9		77,1		91,7		68,7	
<b>Situação Trabalhista</b>		0,183		0,917		0,945		0,381		<b>0,046</b>
Desempregado	64,3		62,9		70,8		75		50	
Aposentado/pensionista	75		62,5		70,8		75		62,5	

**TABELA 13** - Análise bivariada entre as variáveis socioeconômicas e demográficas do dependente e a Qualidade de Vida do cuidador, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017.

(Conclusão)

Variável	Físico		Meio Ambiente		Psicológico		Social		IGQV	
	Mediana	p-valor <sup>†</sup>	Média	p-valor <sup>‡</sup>	Mediana	p-valor <sup>†</sup>	Mediana	p-valor <sup>†</sup>	Mediana	p-valor <sup>†</sup>
<b>Renda Familiar<sup>§</sup></b>		0,070*		<b>0,003</b>		0,060*		0,100*		0,354
Sem renda	83,9		66,4		70,8		62,5		75	
≤ 1 salário	75		59,9		66,7		66,7		75	
1 a 2 salários	71,4		60,5		66,7		66,7		62,5	
2 a 5 salários	75		60,8		70,8		75		62,5	
> 5 salários	82,1		73,3		79,2		83,3		75	

Notas: IGQV – índice geral de QV. <sup>†</sup>Calculado por meio do teste de *Mann Whitney* para as variáveis com duas categorias ou o teste de *Kruskal-Wallis* para as variáveis com mais de duas categorias. <sup>‡</sup>Calculado por meio do teste de *t-Student* para as variáveis com duas categorias ou o teste ANOVA para variáveis com mais de duas categorias.

<sup>§</sup>Salário mínimo vigente em 2017 = 937,00; \*(p<0,20).

**TABELA 14** - Análise bivariada entre as variáveis referentes a situação de saúde dos dependentes e a Qualidade de Vida do cuidador, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017.

(Continua)

Variável	Físico		Meio Ambiente		Psicológico		Social		IGQV	
	Mediana	p-valor <sup>†</sup>	Média	p-valor <sup>‡</sup>	Mediana	p-valor <sup>†</sup>	Mediana	p-valor <sup>†</sup>	Mediana	p-valor <sup>†</sup>
<b>DANT</b>		0,425		0,280		0,386		0,600		<b>0,033</b>
Não	78,5		60,3		75		66,7		75	
Sim	75		62,7		70,8		75		62,5	
<b>Número de DANT</b>		0,354		0,604		0,479		0,932		<b>0,018</b>
Nenhuma	78,6		60,3		75		66,7		75	
Uma	82,1		64,5		72,9		75		75	
Duas	75		60,4		70,8		75		62,5	
Três ou mais	75		62,6		66,7		75		62,5	
<b>Medicamento de uso contínuo</b>		0,091*		0,992		0,653		0,166*		0,252
Não	83,9		62,5		70,8		91,7		75	
Sim	75		62,6		70,8		75		62,5	

**TABELA 13** - Análise bivariada entre as variáveis referentes a situação de saúde dos dependentes e a Qualidade de Vida do cuidador, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017.

Variável	(Conclusão)									
	Físico		Meio Ambiente		Psicológico		Social		IGQV	
	Mediana	p-valor <sup>†</sup>	Média	p-valor <sup>‡</sup>	Mediana	p-valor <sup>†</sup>	Mediana	p-valor <sup>†</sup>	Mediana	p-valor <sup>†</sup>
<b>Uso de órtese ou prótese</b>		0,402		0,766		0,630		0,065*		0,110*
Não	71,4		63,2		70,8		62,5		62,5	
Sim	75		62,4		70,8		75		62,5	
<b>Internação nos últimos 12 meses</b>		0,138*		0,616		0,890		0,179*		0,928
Não	78,6		62,1		70,8		75		62,5	
Sim	71,4		63,3		70,8		66,7		62,5	
<b>Tipo de serviço de saúde que utiliza</b>										
<b>Público</b>		0,106*		0,963		0,936		0,642		0,329
Não	89,3		64,1		68,7		62,5		81,2	
Sim	75		62,5		70,8		75		62,5	
<b>Convênio</b>		0,294		0,870		0,556		0,796		0,835
Não	71,4		62,7		70,8		66,7		62,5	
Sim	78,6		62,3		70,8		75		62,5	
<b>Privado</b>		0,494		0,293		0,565		0,248		0,245
Não	75		62,4		70,8		75		62,5	
Sim	82,1		70,8		70,8		91,7		75	

**Notas:** IGQV – índice geral de QV; DANT – doença e agravo não transmissível. <sup>†</sup>Calculado por meio do teste de *Mann Whitney* para as variáveis com duas categorias ou o teste de *Kruskal-Wallis* para as variáveis com mais de duas categorias. <sup>‡</sup>Calculado por meio do teste de *t-Student* para as variáveis com duas categorias ou o teste ANOVA para variáveis com mais de duas categorias; \*(p<0,20).

**TABELA 15** - Análise bivariada entre as variáveis referentes ao processo de dependência e Qualidade de Vida do cuidador, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017.

Variável	Físico		Meio Ambiente		Psicológico		Social		IGQV	
	Mediana	p-valor <sup>†</sup>	Média	p-valor <sup>‡</sup>	Mediana	p-valor <sup>†</sup>	Mediana	p-valor <sup>†</sup>	Mediana	p-valor <sup>†</sup>
<b>Como instalou-se o processo de dependência</b>		0,673		0,846		0,324		0,596		0,803
Subitamente	73,2		62,8		70,8		75		68,7	
Gradualmente	78,6		62,8		70,8		66,7		62,5	
Congênita	71,4		60,6		66,7		75		62,5	
<b>Tempo de dependência</b>		0,868		0,754		0,807		0,220		0,705
≤ 1 ano	78,6		64,6		70,8		66,7		75	
1 a 5 anos	75		62,7		66,7		66,7		62,5	
5 a 10 anos	75		63,4		75		75		62,5	
10 a 20 anos	78,6		58,7		75		83,3		68,7	
> 20 anos	75		63		66,7		83,3		62,5	
<b>Nível de Dependência<sup>§</sup></b>		0,354		0,758		0,615		0,714		0,076*
Leve	75		63,2		70,8		75		62,5	
Moderado	78,6		61,6		66,7		66,7		75	
Grave	75		64,8		70,8		66,7		75	
Total	71,4		60,9		70,8		66,7		62,5	

**Notas:** IGQV – índice geral de QV. <sup>†</sup>Calculado por meio do teste de *Mann Whitney* para as variáveis com duas categorias ou o teste de *Kruskal-Wallis* para as variáveis com mais de duas categorias. <sup>‡</sup>Calculado por meio do teste de *t-Student* para as variáveis com duas categorias ou o teste ANOVA para variáveis com mais de duas categorias.

<sup>§</sup>Obtido por meio do Índice de Barthel; \*(p<0,20).

#### 5.4 Análise bivariada das variáveis referentes ao cuidador e a sua Qualidade de Vida

Ao analisar as variáveis quantitativas (TABELA 16), foi revelado que os cuidadores com maior tempo de sono, apresentam maior QV em seu domínio Físico ( $p=0,018$ ). Quanto maior a frequência semanal de atividade de lazer, maiores os níveis de QV nos domínios Meio Ambiente ( $p=0,006$ ), Psicológico ( $p=0,038$ ) e Social ( $p=0,017$ ). Encontramos, ainda, que a duração da prática de atividade física influencia negativamente no domínio Meio Ambiente da QV do cuidador ( $p=0,023$ ).

Em relação às variáveis qualitativas, percebe-se, pela TABELA 17, maiores níveis de QV no domínio Físico entre cuidadores que trabalham ( $p=0,028$ ). Quanto ao domínio Psicológico, houve maiores níveis de QV no sexo masculino ( $p=0,009$ ).

Verifica-se, pela TABELA 18, maiores níveis de QV nos domínios Físico ( $p<0,001$ ), Psicológico ( $p<0,001$ ), Social ( $p=0,003$ ) e IGQV ( $p<0,001$ ) de cuidadores que não possuem DANT, bem como foram observados menores níveis nos domínios Físico ( $<0,001$ ), Psicológico ( $p=0,002$ ) e IGQV ( $p=0,003$ ), entre cuidadores acometidos por maior quantidade de DANT. Verifica-se maiores níveis de QV nos domínios Físico ( $p=0,002$ ), Meio Ambiente ( $p=0,014$ ), Psicológico ( $p=0,046$ ) e Social ( $p<0,001$ ) em cuidadores que informaram praticar alguma atividade de lazer.

Ainda, a TABELA 18, mostra maiores níveis de QV no IGQV em cuidadores que não faziam tratamento de saúde ( $p=0,045$ ), não utilizam medicamento contínuo nos domínios Físico ( $<0,001$ ) e Psicológico ( $p=0,002$ ), praticavam atividade física nos domínios Psicológico ( $p<0,001$ ) e IGQV ( $p=0,002$ ), e que informaram possuir alguma religião no domínio Psicológico ( $p=0,006$ ). Cuidadores que não utilizavam o serviço público de saúde apresentaram maiores níveis de QV no IGQV ( $p=0,039$ ).

A TABELA 19 revela que cuidadores que tiveram alguma formação para o cuidado apresentaram maiores níveis de QV no domínio Físico ( $p=0,040$ ).



**TABELA 16** - Análise bivariada entre as variáveis quantitativas referentes ao cuidador e sua Qualidade de Vida, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017.

Variável	Físico		Meio Ambiente		Psicológico		Social		IGQV	
	Coef. $\beta$	p-valor <sup>†</sup>	Coef. $\beta$	p-valor <sup>†</sup>	Coef. $\beta$	p-valor <sup>†</sup>	Coef. $\beta$	p-valor <sup>†</sup>	Coef. $\beta$	p-valor <sup>†</sup>
Idade (anos)	-0,085	0,411	0,136	0,084*	-0,010	0,910	0,234	0,054*	0,056	0,629
Número de filhos	-0,188	0,788	0,290	0,586	0,199	0,751	0,864	0,292	0,934	0,236
Anos de estudo	0,424	0,294	-0,084	0,784	0,446	0,219	0,344	0,455	0,183	0,659
Carga horária de trabalho (horas/semana)	0,029	0,851	-0,019	0,888	0,205	0,104*	0,099	0,661	-0,191	0,313
Renda do cuidador (R\$)	0,000	0,888	0,001	0,073*	0,001	0,113*	0,001	0,111*	-00000	0,990
Frequência atividade física (vezes/semana)	1,515	0,353	2,201	0,193*	-1,052	0,559	0,526	0,826	2,935	0,149*
Duração atividade física (minutos)	0,055	0,425	-0,160	<b>0,023</b>	-0,003	0,959	-0,113	0,262	-0,079	0,358
Frequência lazer (horas)	2,431	0,102*	3,532	<b>0,006</b>	3,066	<b>0,038</b>	4,156	<b>0,017</b>	2,264	0,222
Quantas DANT	-5,504	<b>&lt; 0,001</b>	-1,063	0,212	-2,983	<b>0,003</b>	-1,001	0,446	-3,447	<b>0,006</b>
Tempo como cuidador(meses)	-0,009	0,411	-0,000	0,921	-0,010	0,339	-0,002	0,865	-0,016	0,202
Sono (horas/dia)	2,009	<b>0,018</b>	0,305	0,642	0,806	0,296	-0,473	0,640	1,421	0,143*
Qtde. dependentes	2,034	0,521	-1,782	0,461	-1,383	0,627	1,494	0,689	-1,305	0,716

**Notas:** DANT – doença e agravo não transmissível; Qtde. – Quantidade. <sup>†</sup>Obtido por meio do cálculo de Regressão Linear Simples; \*(p<0,20).

**TABELA 17** - Análise bivariada entre as variáveis socioeconômicas e demográficas do cuidador e seus níveis de Qualidade de Vida, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017.

(Continua)

Variável	Físico		Meio Ambiente		Psicológico		Social		IGQV	
	Mediana	p-valor <sup>†</sup>	Média	p-valor <sup>‡</sup>	Mediana	p-valor <sup>†</sup>	Mediana	p-valor <sup>†</sup>	Mediana	p-valor <sup>†</sup>
<b>Faixa Etária</b>		0,351		0,220		0,656		0,072*		0,842
Adulto (18 – 59 anos)	75		61,3		70,8		66,7		62,5	
Idoso (≥ 60 anos)	71,4		64,2		70,8		75		62,5	
<b>Sexo</b>		0,114*		0,274		<b>0,009</b>		0,438		0,664
Feminino	75		61,2		66,7		75		62,5	
Masculino	80,3		65		75		79,2		71,4	
<b>Estado Civil</b>		0,168*		0,253		0,135*		0,484		0,265
Solteiro	75		61		70,8		66,7		62,5	
Casado	75		64,7		70,8		75		75	
Separado	57,1		59,1		62,5		75		62,5	
Viúvo	66,1		59,2		64,6		75		62,5	
<b>Filhos</b>		0,348		0,754		0,971		0,918		0,360
Não	75		63,2		70,8		66,7		62,5	
Sim	75		62,3		70,8		75		62,5	
<b>Número de Filhos</b>		0,639		0,998		0,962		0,821		0,593
Nenhum	75		62,7		70,8		66,7		62,5	
1 a 4	75		62,5		62,5		75		62,5	
5 a 10	67,8		62,5		72,9		75		68,7	
<b>Grau de Escolaridade</b>		0,572		0,563		0,248		0,948		0,302
Sem estudo	78,6		71,9		75		66,7		75	
Primeiro Grau	71,4		61,4		66,7		75		62,5	
Incompleto										
Primeiro Grau Completo	78,6		64,9		62,5		66,7		62,5	
Segundo Grau										
Incompleto	71,4		65,8		75		79,2		68,7	
Segundo Grau Completo	75		62,9		72,9		75		68,7	
Terceiro Grau	82,1		58,2		66,7		66,7		62,5	

**TABELA 17** - Análise bivariada entre as variáveis socioeconômicas e demográficas do cuidador e seus níveis de Qualidade de Vida, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017.

Variável	(Conclusão)									
	Físico		Meio Ambiente		Psicológico		Social		IGQV	
	Mediana	p-valor <sup>†</sup>	Média	p-valor <sup>‡</sup>	Mediana	p-valor <sup>†</sup>	Mediana	p-valor <sup>†</sup>	Mediana	p-valor <sup>†</sup>
<b>Trabalha</b>		<b>0,028</b>		0,240		0,121*		0,451		0,512
Não	75		61,7		70,8		75		62,5	
Sim	80,3		64,8		70,8		75		62,5	
<b>Ocupação Atual</b>		0,099*		0,612		0,247		0,548		0,855
Desempregado	75		61,4		66,7		66,7		75	
Aposentado/Pensionista	71,4		62,5		70,8		75		62,5	
Assalariado/Autônomo	78,6		64,3		70,8		75		62,5	
<b>Renda Individual</b>		0,746		0,384		0,546		0,416		0,480
Sem renda	75		62,2		70,8		66,7		75	
≤ 1 salário	71,4		62,9		70,8		70,8		62,5	
1 a 2 salários	78,6		61,8		70,8		75		62,5	
2 a 5 salários	82,1		61		75		83,3		62,5	
> 5 salários	53,6		78,1		87,5		83,3		87,5	
<b>Parentesco/relação com dependente</b>		0,409		0,675		0,716		0,542		0,477
Filho	78,6		62		70,8		66,7		62,5	
Cônjuge	75		66		70,8		75		75	
Irmão	67,9		61,5		66,7		66,7		62,5	
Pai/Mãe	71,4		60,4		66,7		75		62,5	
Outro (tio, sobrinho, neto, amigo)	71,4		62,7		70,8		70,8		68,7	

**Notas:** IGQV – índice geral de QV. <sup>†</sup>Calculado por meio do teste de *Mann Whitney* para as variáveis com duas categorias ou o teste de *Kruskal-Wallis* para as variáveis com mais de duas categorias. <sup>‡</sup>Calculado por meio do teste de *t-Student* para as variáveis com duas categorias ou o teste ANOVA para variáveis com mais de duas categorias.

**TABELA 18** - Análise bivariada entre as variáveis referentes à situação de saúde dos cuidadores e seus níveis de Qualidade de Vida, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017.

(Continua)

Variável	Físico		Meio Ambiente		Psicológico		Social		IGQV	
	Mediana	p-valor <sup>†</sup>	Média	p-valor <sup>‡</sup>	Mediana	p-valor <sup>†</sup>	Mediana	p-valor <sup>†</sup>	Mediana	p-valor <sup>†</sup>
<b>DANT</b>		<b>&lt;0,001</b>		0,064*		<b>&lt;0,001</b>		<b>0,003</b>		<b>0,001</b>
Não	78,6		65,2		75		75		75	
Sim	71,4		60,8		66,7		66,7		62,5	
<b>Número de DANT</b>		<b>&lt;0,001</b>		0,375		<b>0,002</b>		0,092*		<b>0,003</b>
Nenhuma	82,1		64,9		70,8		75		75	
Uma	78,6		62,7		70,8		66,7		62,5	
Duas	62,5		59,1		66,7		70,8		62,5	
Três ou mais	64,3		60,8		62,5		75		62,5	
<b>Tratamento de saúde</b>		0,092*		0,925		0,259		0,828		<b>0,045</b>
Não	78,6		62,7		70,8		75		75	
Sim	71,4		62,4		66,7		75		62,5	
<b>Medicamento de uso contínuo</b>		<b>&lt;0,001</b>		0,103*		<b>0,002</b>		0,091*		0,366
Não	80,3		65		75		75		68,7	
Sim	71,4		61,1		66,7		75		62,5	
<b>Atividade Física</b>		0,051*		0,098*		<b>0,040</b>		0,881		<b>0,017</b>
Não	73,2		61,2		66,7		75		62,5	
Sim	78,6		65,3		70,8		75		75	
<b>Lazer</b>		<b>0,002</b>		<b>0,014</b>		<b>0,046</b>		<b>&lt; 0,001</b>		0,055*
Não	71,4		59,4		66,7		66,7		62,5	
Sim	78,6		65,1		70,8		75		62,5	
<b>Religião</b>		0,677		0,348		<b>0,006</b>		0,075*		0,492
Não	71,4		60		58,3		58,3		62,5	
Sim	75		63		70,8		75		62,5	

**TABELA 18** - Análise bivariada entre as variáveis referentes à situação de saúde dos cuidadores e seus níveis de Qualidade de Vida, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017. (Conclusão)

Variável	Físico		Meio Ambiente		Psicológico		Social		IGQV	
	Mediana	p-valor <sup>†</sup>	Média	p-valor <sup>‡</sup>	Mediana	p-valor <sup>†</sup>	Mediana	p-valor <sup>†</sup>	Mediana	p-valor <sup>†</sup>
<b>Tipo de serviço de saúde que utiliza</b>										
<b>Público</b>		0,735		0,260		0,542		0,551		<b>0,039</b>
Não	75		73,4		70,8		70,8		93,7	
Sim	75		62,4		70,8		75		62,5	
<b>Convênio</b>		0,455		0,168*		0,856		0,838		0,330
Não	75		61,5		70,8		75		62,5	
Sim	78,6		65		70,8		75		62,5	
<b>Privado</b>		0,735		0,401		0,542		0,551		0,575
Não	75		62,4		70,8		83,3		62,5	
Sim	67,8		67,2		66,7		79,2		68,7	

**Notas:** IGQV – índice geral de QV; DANT – doença e agravamento não transmissível. <sup>†</sup>Calculado por meio do teste de *Mann Whitney* para as variáveis com duas categorias ou o teste de *Kruskal-Wallis* para as variáveis com mais de duas categorias. <sup>‡</sup>Calculado por meio do teste de *t-Student* para as variáveis com duas categorias ou o teste ANOVA para variáveis com mais de duas categorias; \*p<0,20.

**TABELA 19** - Análise bivariada entre as variáveis referentes ao processo de cuidado e a Qualidade de Vida do cuidador, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017. (Continua)

Variável	Físico		Meio Ambiente		Psicológico		Social		IGQV	
	Mediana	p-valor <sup>†</sup>	Média	p-valor <sup>‡</sup>	Mediana	p-valor <sup>†</sup>	Mediana	p-valor <sup>†</sup>	Mediana	p-valor <sup>†</sup>
<b>Formação para cuidado</b>		<b>0,040</b>		0,212		0,052*		0,079*		0,330
Não	75		62,0		70,8		75		62,5	
Sim	80,4		66,6		75		79,2		75	
<b>Qtde. de dependentes sob cuidados</b>		0,807		0,282		0,746		0,830		0,829
Um	75		63,2		70,8		75		62,5	
Dois	76,8		57,4		64,6		79,2		62,5	
Acima de dois	78,6		63,3		72,9		75		62,5	

**TABELA 19** - Análise bivariada entre as variáveis referentes ao processo de cuidado e a Qualidade de Vida do cuidador, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017.

Variável	(Conclusão)									
	Físico		Meio Ambiente		Psicológico		Social		IGQV	
	Mediana	p-valor <sup>†</sup>	Média	p-valor <sup>‡</sup>	Mediana	p-valor <sup>†</sup>	Mediana	p-valor <sup>†</sup>	Mediana	p-valor <sup>†</sup>
<b>Reveza cuidado com outra pessoa</b>		0,832		0,409		0,239		0,5953		0,069*
Não	75		63,5		68,7		75		62,5	
Sim	75		61,6		70,8		75		62,5	
<b>Reside na mesma casa que o dependente</b>		0,737		0,591		0,786		0,771		0,254
Não	67,9		64,1		66,7		75		75	
Sim	75		62,3		70,8		75		62,5	
<b>Tempo em que atua como cuidador</b>		0,368		0,899		0,833		0,834		0,373
≤ 1 ano	71,4		63,2		70,8		66,7		62,5	
1 a 5 anos	78,6		62,8		70,8		75		75	
5 a 10 anos	67,8		62,9		70,8		75		62,5	
10 a 20 anos	71,4		59,4		75		66,7		62,5	
> 20 anos	75		63,5		66,7		75		62,5	

**Notas:** IGQV – índice geral de QV; Qtde. – quantidade. <sup>†</sup>Calculado por meio do teste de *Mann Whitney* para as variáveis com duas categorias ou o teste de *Kruskal-Wallis* para as variáveis com mais de duas categorias. <sup>‡</sup>Calculado por meio do teste de *t-Student* para as variáveis com duas categorias ou o teste ANOVA para variáveis com mais de duas categorias; \*p<0,20.

### 5.5 Análise multivariada das variáveis significativas e a Qualidade de Vida em seus domínios

Ao elaborar os modelos de regressão múltipla, “Nível de Dependência” foi incluído mesmo que não apresentasse associação significativa com os domínios de QV na análise bivariada, pois se trata da principal variável de exposição do estudo.

Ao analisarmos a TABELA 20, percebemos que no domínio Físico, o Nível de Dependência não permaneceu no modelo final quando controlado pelas covariáveis. Quanto maior a quantidade de DANT ( $\beta = -5,04$ ;  $p < 0,001$ ) e quando os cuidadores eram divorciados ou separados ( $\beta = -11,80$ ;  $p = 0,019$ ), a tendência foi de redução da QV, enquanto que a prática de atividades de lazer ( $\beta = 6,34$ ,  $p = 0,022$ ), o tempo maior de sono ( $\beta = 2,23$ ;  $p = 0,024$ ), e possuir formação de cuidador ( $\beta = 11,92$ ;  $p < 0,006$ ) foram fatores responsáveis pela elevação da QV. As variáveis contempladas nesse modelo explicaram aproximadamente 30% da variação da QV do cuidador no domínio Físico ( $R^2_{ajustado} = 0,2872$ ).

Em relação ao domínio Meio Ambiente, o Nível de Dependência também não esteve associado ao ser controlado pelas covariáveis. Percebeu-se a existência de relação positiva com a idade do cuidador ( $\beta = 0,24$ ;  $p = 0,004$ ), a prática de atividades de lazer ( $\beta = 4,91$ ,  $p = 0,029$ ), e a renda familiar ( $\beta = 0,001$ ;  $p = 0,003$ ); houve relação negativa com o uso de medicamento ( $\beta = -5,95$ ;  $p = 0,025$ ). Essas variáveis explicaram, aproximadamente 15% da variação da QV no domínio Meio Ambiente ( $R^2_{ajustado} = 0,1435$ ).

As variáveis relacionadas ao domínio Psicológico, no modelo final, foram responsáveis pela explicação de aproximadamente 19% da variação da QV ( $R^2_{ajustado} = 0,1894$ ). Estiveram relacionadas positivamente a um elevado nível de QV as covariáveis referentes ao sexo masculino ( $\beta = 6,74$ ;  $p = 0,033$ ), a prática de alguma religião ( $\beta = 9,88$ ;  $p = 0,007$ ), e possuir alguma formação como cuidador ( $\beta = 8,90$ ;  $p = 0,028$ ); no caso das covariáveis responsáveis pela redução na QV, o fato de o cuidador ser divorciado, diminuiu sua QV significativamente em relação a cuidadores solteiros ( $\beta = -14,26$ ;  $p = 0,003$ ), e o número de DANT que ele possui ( $\beta = -3,13$ ;  $p < 0,001$ ). Bem como nos demais modelos, o Nível de Dependência perde sua significância ao ser controlado por outras variáveis.

Quanto ao domínio Social, as variáveis do modelo final explicaram aproximadamente 25% da variação da QV ( $R^2_{ajustado} = 0,2527$ ) e, bem como nos demais domínios, o Nível de Dependência perde a significância ao ser controlado por covariáveis. Percebeu-se relação positiva entre a idade do cuidador e sua QV ( $\beta = 0,49$ ;  $p < 0,001$ ), ter realizado alguma formação para o cuidado ( $\beta = 11,93$ ;  $p = 0,016$ ), a prática de atividade de lazer ( $\beta = 10,50$ ;

$p=0,002$ ), e a quantidade de anos de estudo do dependente ( $\beta = 1,23$ ;  $p=0,009$ ). Houve relação negativa com o fato de possuir alguma DANT ( $\beta = 15,48$ ;  $p<0,001$ ).

O IGQV, calculado por meio da percepção de QV e de saúde teve, em seu modelo final, relação positiva com o hábito de revezar o cuidado com outras pessoas ( $\beta = 7,16$ ;  $p=0,033$ ); houve relação negativa com a quantidade de DANT do cuidador ( $\beta = -2,61$ ;  $p=0,010$ ) e com o uso do serviço público de saúde ( $\beta = -31,50$ ;  $p=0,025$ ). O poder explicativo desse modelo foi de aproximadamente 10% ( $R^2_{ajustado} = 0,0921$ ).



**TABELA 20** - Modelo final da análise de Regressão Linear Múltipla do nível de dependência e das demais variáveis de exposição do estudo com a Qualidade de Vida do cuidador familiar em seus domínios e no geral, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017.

(Continua)

Variável	Físico		Meio Ambiente		Psicológico		Social		IGQV	
	r <sup>2</sup> Adj. = 0,2872		r <sup>2</sup> Adj. = 0,1435		r <sup>2</sup> Adj. = 0,1894		r <sup>2</sup> Adj. = 0,2527		r <sup>2</sup> Adj. = 0,0921	
	β	p-valor <sup>†</sup>	β	p-valor <sup>‡</sup>	β	p-valor <sup>†</sup>	β	p-valor <sup>†</sup>	β	p-valor <sup>†</sup>
<b>Sexo<sup>†</sup></b>										
Feminino (REF)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Masculino	-	-	-	-	6,74	0,033	-	-	-	-
<b>Estado Civil<sup>†</sup></b>										
Solteiro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Casado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Separado	-11,80	0,019	-	-	-14,26	0,003	-	-	-	-
Viúvo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Religião<sup>†</sup></b>										
Não	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sim	-	-	-	-	9,88	0,007	-	-	-	-
<b>Formação para o cuidado<sup>†</sup></b>										
Não	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sim	11,92	0,006	-	-	8,90	0,028	11,93	0,016	-	-
<b>DANT<sup>†</sup></b>										
Não	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sim	-	-	-	-	-	-	-15,48	<0,001	-	-
<b>Medicamento<sup>†</sup></b>										
Não	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sim	-	-	-5,95	0,025	-	-	-	-	-	-
<b>Lazer<sup>†</sup></b>										
Não	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sim	6,34	0,022	4,91	0,029	-	-	10,50	0,002	-	-
<b>Público<sup>†</sup></b>										
Não	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sim	-	-	-	-	-	-	-	-	-31,50	0,025

**TABELA 20** - Modelo final da análise de Regressão Linear Múltipla do nível de dependência e das demais variáveis de exposição do estudo com a Qualidade de Vida do cuidador informal em seus domínios e no geral, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016-2017.

Variável	(Conclusão)									
	Físico		Meio Ambiente		Psicológico		Social		IGQV	
	r <sup>2</sup> Adj. = 0,2872		r <sup>2</sup> Adj. = 0,1435		r <sup>2</sup> Adj. = 0,1894		r <sup>2</sup> Adj. = 0,2527		r <sup>2</sup> Adj. = 0,0921	
	$\beta$	p-valor <sup>†</sup>	$\beta$	p-valor <sup>‡</sup>	$\beta$	p-valor <sup>†</sup>	$\beta$	p-valor <sup>†</sup>	$\beta$	p-valor <sup>†</sup>
<b>Reveza<sup>†</sup></b>										
Não	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sim	-	-	-	-	-	-	-	-	7,16	0,033
<b>Idade<sup>†</sup></b>	-	-	0,24	0,004	-	-	0,494	<0,001	-	-
<b>Renda Familiar<sup>‡</sup></b>	-	-	0,001	0,003	-	-	-	-	-	-
<b>Anos de Estudo<sup>‡</sup></b>	-	-	-	-	-	-	1,23	0,009	-	-
<b>Número DANT<sup>†</sup></b>	-5,04	<0,001	-	-	-3,13	0,001	-	-	-2,61	0,010
<b>Sono<sup>†</sup></b>	2,23	0,004	-	-	-	-	-	-	-	-

Notas: DANT – doença e agravo não transmissível. r<sup>2</sup> Adj. – Valor de ajustamento do modelo. <sup>†</sup>Variáveis referentes ao cuidador; <sup>‡</sup>Variáveis referentes ao dependente.

## 6. DISCUSSÃO

### 6.1 Perfil dos usuários dependentes de cuidados

Este estudo revelou predominância de dependentes idosos, porém, comparar seus resultados aos de outros estudos torna-se um desafio, pois investigações que abordam a QV de cuidadores abrangem, comumente, populações em idades ou com doenças específicas, porém, os dados do estudo de Costa et al. (2016) e Souza et al. (2015), cujas investigações foram conduzidas com cuidadores de usuários dependentes maiores de 18 anos corroboram com nossos achados ao revelar que a maioria dos dependentes são idosos.

Considerado o diferencial deste estudo, que buscou investigar o perfil de cuidadores de usuários dependentes adultos, percebeu-se que, ainda que a quantidade de idosos seja predominante, é urgente a necessidade de estender o olhar para cuidadores de dependentes adultos. O adoecimento dessa população, com potencial economicamente ativo, repercute não somente na vida de seus familiares, mas em toda a sociedade, uma vez que gera impactos econômicos e sociais, além de futuramente esses indivíduos se somarem àqueles que se encontrarão em estado senil (CANGA-ARMAYOR; GARCÍA-VIVAR; NAVAL, 2011).

Destacamos novamente, a ampliação da visão de que só o idoso é dependente e, por tal motivo, incluímos os cuidadores de dependentes em idade adulta. Quando tal fenômeno ocorre nessa faixa etária, os impactos sociais são ainda maiores, pois se trata, muitas vezes, de indivíduos responsáveis pelo suporte financeiro, emocional e estrutural das famílias que, dada tal circunstância, se veem obrigados a afastar de suas atividades laborais e de cuidados ao lar, incumbindo seus filhos ou cônjuges para o cuidado e, por fim, como efeito cascata, são forçados a abandonar seus empregos e atividades domésticas, isso desestrutura a família em diferentes dimensões, além de onerar o serviço público, o que impacta no coletivo (BEVANS; STERNBERG, 2012; BHIMANI, 2014).

Houve, entre os dependentes, predominância do sexo feminino, indivíduos casados e com filhos, baixo grau de escolaridade, aposentadas/pensionistas ou recebendo outro benefício governamental, e famílias com renda mediana. Tais achados foram encontrados em estudos nacionais (ANJOS et al., 2015; BAGNE; GASPARINO, 2014; COSTA et al., 2016) e internacionais (GANAPATHY et al., 2015; LITZELMAN; KENT; ROWLAND, 2016; PARADA et al., 2014).

A predominância do sexo feminino possivelmente está relacionada ao fato da longevidade desse sexo, uma vez que houve predominância de dependentes idosas. O

percentual de dependentes aposentados/pensionistas ou recebendo algum benefício governamental também se justifica pela predominância de idosos, além de, eventualmente, as pessoas com deficiência de elevada limitação serem contempladas com aposentadoria por invalidez, segundo a Lei nº 8.213, de 24 de Julho de 1991 (BRASIL, 1991). Em relação à situação de saúde dos dependentes, nosso estudo revelou que a maioria é acometida por DANT (95%), tal dado expõe a importância que essas doenças possuem nos dias atuais, uma vez que são a principal causa de morbimortalidade (IBGE, 2013; MARINHO; PASSOS; FRANÇA, 2016; OMS, 2014). É preocupante perceber que a maioria encontra-se acometida por três ou mais DANT, possivelmente devido, ainda, a predominância de idosos dependentes. Resultados semelhantes foram encontrados por Xie et al. (2016), na China, em que todos os dependentes eram acometidos por ao menos uma DANT, sendo a maioria por três ou mais.

Dentre as DANT, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 46,2% das mortes no mundo (OMS, 2014). Tal dado revela a gravidade dessas doenças. Em nosso estudo, 59% dos dependentes com DANT eram acometidos por ao menos uma doença cardiovascular. As doenças neurológicas também apresentaram elevado percentual, podendo este achado ser justificado pela predominância de idosos, visto que dentre essas doenças, encontrou-se principalmente o Mal de Alzheimer e outras frequentemente relacionadas à senilidade.

No Brasil, as DANT estão entre as principais causas de internações hospitalares, sendo as doenças cardiovasculares sua principal causa (BRASIL, 2011). Quase metade dos dependentes desse estudo foi internado nos doze meses que antecederam a entrevista. Arias-Rojas e García-Vivar (2015), em revisão de literatura, na qual investigaram as experiências de pacientes e cuidadores familiares na transição de cuidados paliativos do hospital para o lar, revelaram que a população investigada apresentava inúmeras necessidades ao longo desse processo, dentre elas, melhor preparo para execução do cuidado em casa e o estabelecimento de redes de apoio. Ao relacionar essas informações aos nossos resultados, percebe-se a necessidade em atentar para esse preparo do cuidador, uma vez que aproximadamente metade dos dependentes estiveram internados nos doze meses que antecederam a pesquisa.

O percentual de dependentes em uso de medicamento e órteses ou próteses também foi elevado, visto que as condições e incapacidades causadas pelas DANT tornam o indivíduo propenso à intensa terapia medicamentosa e ao uso de dispositivos que auxiliem o seu dia a dia.

No Brasil, a Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013 redefiniu a Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O documento estabelece regras e

caracteriza o atendimento domiciliar. Nele, a AD é subdividida em três categorias, sendo elas: AD1 – destinada a usuários com problemas de saúde controlados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma UBS, e que necessitam de cuidados de menor complexidade; AD2 – destinada a usuários que necessitam de maior frequência de cuidados e, assim como na AD1, possuem dificuldade ou impossibilidade física de locomoção a uma UBS; e AD3 – destina-se a usuários com problemas de saúde mais delicados, impossibilitados de se locomoverem a uma UBS e que necessite de recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos (BRASIL, 2013b).

Ainda que exista legislação para esse tipo de atendimento, a literatura aponta fragilidades em sua implementação, pois os pacientes e familiares em cuidados domiciliares experimentam uma ampla casta de necessidades durante o processo de transição entre o hospital e o lar, que requerem uma revisão dos critérios para a inclusão de pacientes na AD, uma vez que a compreensão de quais perfis de pacientes poderia ou não ser incluídos nos serviços é variável de acordo com a concepção que se tem da AD nos municípios (BRAGA et al., 2016; NETO, 2016).

A grande maioria dos dependentes era atendida pelo sistema público de saúde, sendo que a minoria utilizava os serviços privados. Essas informações revelaram como a dependência e as DANT podem onerar o sistema público, pois um elevado percentual de pessoas doentes resulta em altas taxas de internação e, conseqüentemente, eleva os gastos com saúde, sem considerar as demais despesas com cuidados domiciliares devido às conseqüências das DANT (OMS, 2014).

Nesse estudo, foi possível identificar que a maioria dos processos de dependência ocorreram de maneira súbita. O modo como se inicia esse processo pode ter impacto diferente nas famílias, visto que, ao ocorrer gradualmente, a família pode se adaptar à rotina de cuidados ao longo do tempo, porém, isso não exclui o fardo que a dependência causa. Quando a dependência ocorre de maneira súbita, a família é surpreendida abruptamente, podendo desestruturar os processos familiares, repercutindo em problemas de ordem emocional, financeira e estrutural (RODRIGUES; ALENCAR; ROCHA, 2009).

Como já mencionado, dentre as causas da dependência em nosso estudo, as doenças cardiovasculares foram as principais, sua importância deve-se às inúmeras sequelas produzidas pelas enfermidades que compõe este grupo, como AVE, IAM e aneurismas. As doenças neurológicas foram a segunda maior causa de dependência, talvez por abranger doenças como Alzheimer e Parkinson, frequente em pacientes idosos.

As causas externas configuraram como a terceira maior causa de dependência em nosso estudo. Os principais agravos que estão contemplados neste grupo são acidentes de trânsito e violência interpessoal que, com maior frequência, acometem a população jovem e do sexo masculino (MOURA et al., 2015).

Tais causas demandam atenção do poder público e da sociedade, pois, com o aumento desenfreado da violência, é comum que sobreviventes dessas situações apresentem mutilações ou deficiências físicas com limitações importantes, principalmente em adultos jovens; esses, quando incapacitados, se veem impossibilitados de trabalhar e tornam-se dependentes do sistema previdenciário. Isso quando preenchem os critérios, pois ainda há aqueles que não são amparados e tornam-se desempregados “incapazes”. Nesse cenário, a situação torna-se ainda mais delicada, pois muitos desses adultos são responsáveis pelo suporte financeiro familiar (RIBEIRO; SOUZA; BAHIA, 2016).

Em relação ao Nível de Dependência, avaliado em nosso estudo por meio do IB, aproximadamente um quarto da população estudada apresentou um nível de dependência total, apontando para a necessidade de cuidados contínuos. Estudos que também utilizaram o IB apresentaram resultados semelhantes (COSTA et al., 2016; RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013).

Confrontar nossos resultados em relação ao nível de dependência com outros estudos é considerado uma limitação, pois a maioria dos estudos foi realizada com populações específicas e, tais comparações poderiam ser equivocadas devido às características peculiares das doenças, faixa etária da população estudada, dentre outras. Todavia, a dependência é um desafio para cuidadores, profissionais de saúde e gestores, principalmente quando percebemos que mais da metade da população estudada encontrava-se em níveis moderado e total, necessitando de cuidados contínuos.

Quase todos os indivíduos dependentes do nosso estudo utilizavam o serviço público de saúde. A literatura aponta que, no Brasil, portadores de DANT utilizam com maior frequência tais serviços (MALTA et al., 2017). Em relação a população idosa, aqueles que apresentam alguma incapacidade funcional utilizam mais os serviços de saúde do que idosos hígidos. Tal situação ocorre não somente no Brasil, mas em outros países (SILVA; et al., 2017).

O investimento no setor público é uma importante ferramenta para promover melhor atendimento à população dependente da Saúde Pública, pois em situação de dependência, as despesas com medicamentos e insumos consomem a renda familiar, e a maior parte da população, tem no SUS a fonte para obtenção desses recursos indispensáveis no processo de

cuidado. Ressaltamos, ainda, sobre a importância do trabalho na perspectiva da promoção da saúde e prevenção de agravos, e não somente na medicalização, pois acreditamos que a autonomia dos usuários só poderá ser alcançada por meio de estratégias focadas no estímulo para a realização do autocuidado.

## **6.2 Perfil dos cuidadores**

O cuidado a uma pessoa em situação de dependência é um processo complexo e multifatorial. Conhecer o perfil dos cuidadores é importante para que as EqSF possam atuar na promoção da saúde desses indivíduos, seja por meio de ações locais ou programas em nível macro que formalizarão a necessidade de se estender o olhar a quem cuida.

Percebeu-se neste estudo, que apesar da predominância de cuidadores não idosos, há uma quantidade expressiva de cuidadores idosos (44,6%), demonstrando a necessidade das EqSF atentarem para a saúde física e emocional dessas pessoas que, muitas vezes, é comprometida devido à senilidade. Ainda nessa população, verificamos o que é corroborado por estudos nacionais e internacionais (COUTO; CASTRO; CALDAS, 2016; OLIVEIRA, D'ELBOUX, 2012; TOLEDO; BALLARIN, 2013; WOLF et al., 2016): predominância de cuidadores do sexo feminino, casadas ou em união estável, com baixo nível de escolaridade e sem fonte de renda ou baixa renda. Esses dados são importantes em uma análise mais aprofundada e articulada com outros setores, visto que são variáveis que determinam a saúde dessa população, e impactam na sua QV.

No que tange a predominância de mulheres exercendo o cuidado, é importante destacar que o contexto histórico associa ao sexo feminino a realização de tarefas domésticas e demais atividades de cuidado da família. Tal modelo tem passado por profundas transformações nos últimos anos, visto que a mulher tem assumido seus postos no mercado de trabalho e em outras posições outrora restritas aos homens. Essa transformação soma-se a outras que implicam em menos pessoas disponíveis para o cuidado no futuro (OLIVEIRA, D'ELBOUX, 2012).

Neste estudo, houve predominância do cuidado realizado por familiares nucleares como filhos/filhas, seguidos pelos cônjuges e familiares extensos como tios, sobrinhos, netos ou amigos. Na literatura, não existe consenso quanto a essa relação, porém, esse cuidado tem sido frequentemente realizado pelos filhos e cônjuges (RUSHTON et al., 2017; XIE et al., 2016; WOLF et al., 2016). Possivelmente, nosso achado ocorreu devido à predominância de dependentes idosos, normalmente sob cuidado dos descendentes diretos, quando na falta do

cônjuge. Podemos inferir, ainda, que seja devido ao fato de a maioria dos dependentes serem do sexo feminino e, por esse motivo, seus cônjuges poderiam não estar preparados para exercer o cuidado sozinhos. Contudo, independente do grau de parentesco do cuidador, a família representa a fonte de apoio mais importante que essas pessoas recebem, portanto, a inclusão da família nos cuidados realizados pelos profissionais de saúde é estritamente necessária (CANGA-ARMAYOR; GARCÍA-VIVAR; NAVAL, 2011).

O baixo nível de escolaridade e renda somam-se ao expressivo número de cuidadores que afirmaram não exercer trabalho remunerado. Resultados semelhantes também foram encontrados em outros estudos e nos leva a inferir que o cuidado é delegado a pessoas com essas características, visto que possuem maior tempo livre, ou que a própria demanda do cuidado impediu que o cuidador mantivesse seu vínculo empregatício, dessa forma, podem apresentar-se disponíveis para execução do cuidado. Ainda devemos refletir que escolaridade e renda estão relacionadas à QV, que somadas ao fardo do cuidado, tem potencial para implicar negativamente na saúde dos cuidadores (RUSHTON et al., 2017; TOLEDO; BALLARIN, 2013; XIE et al., 2016).

Sabe-se que o conhecimento de técnicas e procedimentos de cuidado contribui para sua execução, reduzindo a possibilidade de intercorrências. Nesse estudo, poucos cuidadores informaram ter realizado algum tipo de formação para o cuidado. A dificuldade em realizar atividades de higiene, alimentação, medicação, dentre outras de âmbito físico ou psicológico foram relatadas por cuidadores familiares (COUTO; CASTRO; CALDAS, 2016). Isso mostra a importância da educação em saúde e a supervisão de profissionais nesse processo. A EqSF, em especial, os enfermeiros que assistem às famílias nessa situação, devem direcionar seus esforços para a capacitação do cuidador, atividade que muitas vezes tem sido negligenciada pelos profissionais.

Verificamos, ainda, a existência de cuidadores que possuem mais de um dependente sob seus cuidados, não revezam o cuidado com outras pessoas e que não residem na mesma casa em que o dependente. Tais dados estão relacionados ao apoio técnico e social, sem esse aparato, o processo de cuidado, frequentemente visto como um fardo para o cuidador, demanda maior dedicação, implicando no cuidador, a necessidade de estabelecer novas rotinas para a vida, para o domicílio e para a família, abandonando hábitos constituídos por anos e prioridades pessoais (CHIEN et al., 2011; COUTO; CASTRO; CALDAS, 2016; XIE et al., 2016).

Esses dados reforçam a importância do profissional de saúde em se aproximar do fenômeno da dependência, pois já está posto que o cuidado informal impacta na QV do



cuidador. Quando o cuidado é dispensado a mais de um dependente e sem o auxílio de terceiros, a situação se agrava, podendo levar o cuidador ao adoecimento ou agravamento das condições de saúde pré-existentes (EVANS et al., 2017; XIE et al., 2016).

Ainda em relação ao apoio necessário ao cuidador familiar, deve-se enfatizar que a família é considerada uma “unidade de cuidados”, sendo composta pelo dependente, o cuidador e os demais membros da família. Portanto, é necessário abordar a unidade familiar como um grupo e não somente com seus membros de maneira isolada. Para Wright e Leahey (2009, p. 01):

“[...] A teoria, a prática e a pesquisa de enfermagem apresentaram evidências de que a família tem um impacto significativo sobre a saúde e o bem-estar de cada um de seus membros, podendo exercer considerável influência sobre suas enfermidades”.

Em nosso estudo, quase metade dos cuidadores afirmou realizar algum tratamento de saúde e uso de medicamentos contínuos. A demanda por tais recursos, indica a instalação de problemas de saúde muitas vezes precoces, ou associados à sobrecarga causada pelo cuidado (BEVANS; STERNBERG, 2012).

A prática de atividade física foi referida por quase um terço dos cuidadores, portanto, a maioria não possui esse hábito. Isso impacta em sua saúde, visto que trata-se de um forte preditor de QV, além de atuar como fator protetor para o desenvolvimento de inúmeras doenças (ANOKYE et al., 2012).

A maioria dos cuidadores afirmaram praticar alguma religião. Trata-se de um aspecto considerado positivo porque sabe-se que essa variável atua como “atenuante” nas dificuldades encontradas no cuidado (TOLEDO; BALLARIN, 2013).

Neste estudo, a maioria dos cuidadores informou praticar alguma atividade de lazer. Independente da atividade que realizavam, vale destacar a importância da manutenção dessas atividades para o seu bem-estar biopsicossocial. Sendo assim, incentivar o desenvolvimento de práticas capazes de promover o autocuidado apoiado no dependente, em conjunto com o compartilhamento do cuidado com outras pessoas pode gerar mais autonomia ao cuidador para que este possa realizar atividades que lhe proporcionem momentos de lazer e reflexões sobre sua situação de saúde (OLIVEIRA; D’ELBOUX, 2012).

Em nosso estudo, a população de cuidadores apresentou média de horas de sono relativamente satisfatórias, porém, apresentando alta variabilidade por meio do desvio padrão. Sabe-se que a má qualidade do sono é um problema comum entre cuidadores informais e isso

pode gerar resultados de saúde negativos no processo de cuidado (PENG; LORENZ; CHANG, 2016).

O SUS foi considerado um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, servindo como modelo para diversos países e tem como princípios a universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 1990). Praticamente toda a população estudada afirmou utilizar algum serviço diretamente ligado ao SUS. Isto mostra a importância do sistema público no apoio à saúde dos cuidadores.

Investimentos na Atenção Primária à Saúde (APS) são necessários para o aperfeiçoamento do cuidado e melhoria da saúde dos cuidadores informais, seja na capacitação dos profissionais e cuidadores, ou na criação de programas de promoção à saúde do cuidador e indivíduo dependente. Em relação aos profissionais, os enfermeiros, por exemplo, possuem papel crucial para melhorar a saúde dos indivíduos, das famílias e da sociedade (APPG, 2016).

Os efeitos da transição epidemiológica refletem, bem como nos dependentes, em seus cuidadores, pois a maioria, em nosso estudo, afirmou ser acometido por alguma DANT. Preocupa o fato de que mais da metade dos cuidadores possuem ao menos uma DANT e aproximadamente 30% já são considerados indivíduos pluripatológicos, sendo acometidos por duas ou mais DANT. Nossos resultados corroboram com achados de Anjos, Boery e Pereira (2014), em estudo realizado com cuidadores de idosos, no Brasil, no qual apontaram que 87,9% dos cuidadores eram portadores de alguma doença.

As DANT são reconhecidas como as principais responsáveis pelo aumento da morbimortalidade e incapacidades nas populações ao redor do mundo (NASCIMENTO et al., 2014; OMS, 2014). A maioria dessas doenças e agravos é passível de prevenção por meio de hábitos de vida saudáveis. Se esse quadro epidemiológico persistir, os serviços públicos serão sobrecarregados, pois haverá pessoas com quadro de dependência ainda mais severo e um quantitativo menor de pessoas disponíveis para o cuidado, visto que o padrão de adoecimento aponta para o aumento de doenças incapacitantes (SCHMIDT et al., 2011).

Assim como nos dependentes, as doenças cardiovasculares foram a que mais acometeram os cuidadores, cabendo destacar, ainda, o diabetes como a terceira doença mais frequente. O investimento em estratégias que promovam hábitos de vida saudáveis é crucial para melhorar a situação de saúde desses indivíduos, pois sabe-se que essas doenças estão entre as quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e apresentam fatores de risco modificáveis em comum (BRASIL, 2011).

Importante achado nesse estudo foi verificar que as doenças osteomusculares acometiam em segundo lugar os cuidadores estudados. No estudo de Anjos, Boery e Pereira (2014), 65% dos cuidadores referiram apresentar o diagnóstico de lombalgia, sendo, naquele estudo, a doença predominante, à frente das cardiovasculares que, nesse caso, ficaram em segundo lugar.

Pode-se inferir que tais condições estão associadas às consequências do cuidado ou ainda pré-existentes, passíveis de agravamento. As doenças osteomusculares representam um empecilho para o cuidado, visto que a força física é constantemente necessária nas atividades rotineiras, tornando-se importante causa para agravamento de problemas já existentes, visto que a saúde física dos cuidadores torna-se comprometida, dado o fardo que o cuidado frequentemente representa (PINQUART; SÖRENSEN, 2003).

### **6.3 Aspectos do cuidado e a Qualidade de Vida do cuidador**

Os resultados para QV dos cuidadores corroboram com estudos prévios que revelaram ser o domínio Meio Ambiente mais afetado (ANJOS; BOERY; PEREIRA, 2014; GONÇALVES et al., 2011; REIS et al., 2013). Com frequência, o domínio Social também apresenta baixos valores na literatura, o que, segundo Anjos, Boery e Pereira (2014) pode ter relação com a readaptação da família à situação de dependência de seu membro, além da redução da possibilidade de lazer, devido ao tempo despendido para realização dos cuidados. Os autores presumem que baixos níveis de QV no domínio Meio Ambiente pode estar relacionado a menor poder aquisitivo e condições de moradia, uma vez que as despesas são direcionadas para aquisição de insumos e medicamentos.

Os resultados alcançados em nosso estudo não confirmaram a hipótese de relação entre Nível de Dependência dos usuários e QV do cuidador familiar, em nenhum dos seus domínios, porém foram encontradas relações importantes entre as demais variáveis investigadas e a QV.

Em estudo realizado com cuidadores de idosos, em Portugal, cujos instrumentos utilizados contemplavam o IB e WHOQOL-*brief*, os autores não encontraram relação entre nível de dependência e QV, resultado que se assemelha ao nosso (PEREIRA; CARVALHO, 2012). Wachholz, Santos e Wolf (2013), em estudo com cuidadores de idosos do estado do Paraná, no Brasil, utilizaram os mesmos instrumentos e seus resultados divergem dos nossos, pois encontraram relação significativa entre dependência e pior percepção de QV. Contudo, tal divergência pode estar relacionada ao uso de amostragem não probabilística e de baixo

tamanho (n=45), considerado pelos autores, como uma das limitações do estudo. Ademais, foram investigadas poucas variáveis relacionadas ao cuidado e o IB foi utilizado como variável qualitativa, considerando como “independente”, idosos com pontuações acima de 60, porém, o IB aponta limitações até o escore 95.

Na literatura, encontramos outros estudos que apontaram relação entre nível de dependência e QV (OGUNLANA et al., 2014; RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013; SOUZA et al., 2015; XIE et al., 2016), bem como alguns que não encontraram essa relação (BAGNE; GASPARINO, 2014; MAR et al., 2011; VAINGANKAR et al., 2016). Porém, a comparação com esses estudos é complexa devido aos materiais e métodos utilizados, dentre eles, destacam-se a diferença entre os instrumentos para aferir nível de dependência e QV, as características das populações estudadas como idade, nacionalidade, bem como a doença ou agravo dos dependentes.

Embora não se confirmasse a hipótese do nosso estudo, alguns achados foram importantes para sensibilizar gestores e profissionais quanto a importância da extensão do olhar ao cuidador familiar. Ainda que não houvesse relação entre o nível de dependência e QV, os principais fatores relacionados ao desfecho abrangeram características do cuidador, e em sua maioria, são fatores passíveis de intervenção e modificações.

Verificamos, em nosso estudo, a existência de relação positiva entre a idade do cuidador e sua QV nos domínios Meio Ambiente e Social. Porém, nosso resultado diverge do que existe na literatura, uma vez que estudos apontam a existência dessa relação de forma negativa (ALPTEKIN et al., 2010; YU et al., 2017).

Em estudo realizado na China com cuidadores de pacientes portadores de Leucemia, Yu et al. (2017) utilizaram o *WHOQOL-bref*, para avaliar QV e encontraram relação negativa entre idade e QV apenas no domínio Físico, o que representa menores níveis de QV em idades mais avançadas. Alptekin et al. (2010), em estudo realizado na Turquia, encontraram relação semelhante entre a idade de cuidador e o nível de QV no domínio Físico. Tais achados podem ser explicados devido a problemas de saúde que limitam as atividades do cuidador à medida que sua idade avança.

Embora não tenhamos encontrado relação negativa entre idade e QV no domínio Físico, podemos supor que nosso achado para os domínios Meio Ambiente e Social podem ser explicados devido ao acesso à aposentadoria, que ocorre em idades mais avançadas. Isso contribui para melhorias nas condições de moradia, acesso a bens, dentre outras características avaliadas pelo domínio Meio Ambiente e que, cuidadores mais jovens, muitas vezes desempregados, podem não possuir. Quanto ao domínio Social, inferimos que possa

estar relacionado ao estabelecimento de laços de amizade fortes e duradouros que normalmente são encontrados em idades avançadas, o que justifica a melhoria dos níveis de QV nessa dimensão.

O sexo do cuidador também apresentou relação com a QV no domínio Psicológico, indicando maiores níveis em indivíduos do sexo masculino. Rangel, Belasco e Diccini (2013), em seu estudo com cuidadores de pacientes com AVE, em reabilitação, apontaram que cuidadores do sexo feminino apresentavam QV significativamente inferior que os de sexo masculino. Resultado semelhante foi encontrado por Costa et al. (2015) e Alptekin et al. (2010).

Eliopoulos (2005) sugere que filhas de meia idade compreendem um grupo vulnerável de cuidadores, pois depois de criar os filhos e, finalmente adquirir sua “independência”, se veem obrigadas a dispor seus cuidados aos pais. Estima-se que, em breve, a mulher passará mais tempo prestando cuidado aos pais do que aos filhos. Isso mostra o fardo que o cuidado informal representa para esse sexo, pois as tarefas domésticas ainda são atribuídas às mulheres e, mesmo quando assumem seus postos no mercado de trabalho, se veem obrigadas à execução do cuidado aos pais, maridos ou filhos dependentes. Quando não assumem tal função esperada, pode sofrer pressão social e familiar, gerando conflitos e sentimentos de culpa (NERI, 2012).

A renda familiar é considerada um forte preditor de elevada QV, uma vez que, por meio dela, o acesso a bens e serviços é facilitado. Nosso estudo revelou relação positiva entre a renda familiar e a QV do cuidador no domínio Meio Ambiente, em que são investigados parâmetros de ordem financeira e acesso a bens e serviços. Resultados semelhantes foram encontrados em estudos asiáticos (CHOI et al., 2016; YU et al., 2017), europeus (PAPASTAVROU et al., 2014) e brasileiros (COSTA et al., 2015).

Salientamos que mesmo não apresentando relação com a QV, a renda individual do cuidador foi investigada e encontramos 33,1% dos cuidadores recebendo até um salário mínimo, sendo ainda que, aproximadamente um terço não possuía fonte de renda. Dessa maneira, inferimos que suas necessidades básicas são sanadas por meio da renda do dependente e demais membros da família. Tal situação pode gerar instabilidade emocional, além de conflitos familiares (ABELLÁN; ESPARZA, 2010).

Por outro lado, nas situações em que os recursos para cuidar do dependente advêm apenas do cuidador, e principalmente, quando sua renda é insuficiente, podem produzir instabilidade na economia e dinâmica familiar, gerando estresse e sobrecarga financeira, dados os elevados custos inerentes ao processo de cuidado (XIE et al., 2016).

A única variável referente ao dependente que apresentou relação com a QV do cuidador indicou que níveis mais elevados de escolaridade daquele, exerce influência direta e proporcional nos níveis de QV do cuidador no domínio Social. Essa relação não foi encontrada na literatura, embora frequentemente seja percebida relação entre QV e escolaridade do cuidador (CHOI et al., 2016; RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013; YU et al., 2017).

Uma provável maneira de explicar esse resultado advém de estudos que encontraram associação entre níveis mais elevados de escolaridade e maior renda (SALVATO; FERREIRA; DUARTE, 2010). Podemos supor que a renda familiar em famílias cujos dependentes possuem escolaridade mais elevada seja maior, sendo assim, uma das maneiras de explicar essa relação deve-se ao poder financeiro que a escolaridade oferece às pessoas, além da capacidade de comunicação e articulação com redes de apoio e de reconhecimento dos seus direitos.

Nosso estudo revelou que a prática de atividade de lazer se relacionou a níveis mais elevados de QV nos domínios Físico, Meio Ambiente e Social, corroborando com outros estudos, como por exemplo, o de Alptekin et al. (2010), em que também fora utilizado o *WHOQOL-bref* para avaliação da QV de cuidadores de pacientes com câncer. Nele, os autores identificaram maiores níveis de QV em cuidadores que praticavam atividades de lazer, em todos os domínios.

Por meio da participação em atividades de lazer, o corpo humano produz substâncias responsáveis pela sensação de bem-estar e sentimentos positivos, como consequência, ocorre a construção de relações sociais, aquisição de habilidades e conhecimentos, portanto, a prática de atividades de lazer contribui significativamente com a QV. A eficácia dos benefícios da prática de lazer foi testada por pesquisadores croatas em amostra representativa na qual identificaram que o engajamento em atividades de lazer contribui para o bem-estar subjetivo (BRAJSA-ZGANEC; MERKAS; SVERKO, 2011).

Pereira e Soares (2015), em revisão de literatura sobre fatores que influenciam a QV do cuidador familiar de idoso com demência, revelaram que a prática de lazer é frequentemente suprimida pelos cuidadores, possivelmente devido à sobrecarga, pois trata-se de um fator limitador do cotidiano familiar que provoca alterações significativas em sua rotina.

O lazer é considerado subjetivo, pois cada indivíduo possui concepções acerca daquilo que lhe é capaz de promover bem-estar. Assistir a filmes, telenovelas, frequentar a igreja, realizar atividades manuais como bordado ou pintura, frequentar um clube ou ainda visitar

amigos e familiares, podem ser consideradas atividades de lazer, pois são capazes de promover no indivíduo sensações de bem-estar e relaxamento. Estimular nos cuidadores a realização de tais atividades é importante para contribuir com sua QV.

Em nosso estudo, os resultados apontaram que em cuidadores cujo tempo de sono é mais elevado, os níveis de QV no domínio Físico eram maiores, corroborando com estudos prévios (PENG; LORENZ; CHANG, 2016; PEREIRA; SOARES, 2015) e nos levando a refletir que a natureza dos distúrbios do sono é importante, pois uma noite de sono adequada e com qualidade pode levar a melhores resultados na QV.

Estudos apontam que a má qualidade do sono está associada a menores níveis de QV do cuidador, justificado pelo fato de que, frequentemente, devido aos cuidados realizados, tem seu tempo de sono reduzido (PENG; LORENZ; CHANG, 2016; PEREIRA; SOARES, 2015). Quando comparado com a população em geral, percebe-se que a qualidade do sono de cuidadores é pior devido à redução do tempo de sono em razão dos cuidados contínuos demandados pelo dependente, isso exige um estado de vigilância prolongado, além de despertares noturnos, gerando desgaste físico e emocional (KIM; ROSE, 2011; PENG; CHANG, 2013).

A qualidade subjetiva do sono de cuidadores de idosos com Alzheimer e Parkinson e sua relação com a QV foi avaliada em estudo caso-controle. Nele, os autores revelaram que entre cuidadores, a má qualidade do sono foi mais frequente e está significativamente associada a menores níveis de QV e sintomas depressivos (CUPIDI et al., 2012).

Nossos resultados apontaram relação importante entre a prática da religiosidade e maiores níveis de QV no domínio Psicológico. Uma vez que o fardo gerado pelo cuidado possui fortes repercussões psicossociais nos cuidadores, nosso resultado acrescenta mais uma evidência para essa informação, além de outros estudos já terem apontado essa relação (CALVO et al., 2011; CHOI et al., 2016; YU et al., 2017).

O papel da religiosidade e da espiritualidade na promoção da QV tem sido discutido por pesquisadores nos últimos anos e já foram encontradas associações positivas (CHAFJIRI et al., 2017; JING; WILLIS; FENG, 2016). O conforto e amparo necessários para lidar com o fardo que o cuidado representa são alguns dos benefícios advindos das práticas religiosas e espirituais apontadas por cuidadores (KEIKA; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2010).

Cuidadores que frequentaram algum curso ou passaram por um processo de formação para realização do cuidado apresentaram maiores níveis de QV nos domínios Físico, Psicológico e Social. Essa relação foi significativa e corrobora com estudos prévios em que

foram encontradas associações entre a formação para o cuidado e melhora na QV do cuidador (GHODSBIN et al., 2014; OGUNLANA et al., 2014; REIS et al., 2016).

A literatura aponta evidências de que a educação para o cuidado é capaz de promover o bem-estar psicológico dos cuidadores, além de melhorar situações de depressão e problemas sociais, uma vez que os momentos de aprendizagem englobam, além do conhecimento, grupos de apoio mútuo entre cuidadores (KUO et al., 2013). Arias-Rojas e García-Vivar (2015) identificaram, em revisão de literatura, que cuidadores de pacientes em processo de desospitalização necessitavam de um processo de educação que incluía a identificação e manejo de sinais e sintomas, administração de medicamentos, assistência ao paciente nas AVDs, abordagem de emergências no domicílio, dentre outras. Esses resultados mostram a importância do investimento em capacitação dos cuidadores informais, seja por meio da realização de cursos ou ações educativas realizadas pelas EqSF.

Em cuidadores que revezam o cuidado com outras pessoas, foi verificado maiores níveis de QV, especificamente no IGQV, estabelecendo relação entre suporte para o cuidado e QV. O fardo representado pelo cuidado informal, quando dividido entre cuidadores é capaz de minimizar seus efeitos na QV. Os cuidadores que auxiliam o cuidador familiar são frequentemente denominados “cuidadores secundários” (PEREIRA; CARVALHO, 2012).

Em estudo realizado com 53 cuidadores de pacientes com doença de Alzheimer, Inouye, Pedrazzani e Pavarini (2010) revelaram que dentre os fatores que estariam relacionados ao melhor enfrentamento das adversidades inerentes à doença de Alzheimer em sua vida, o principal deles era contar com uma pessoa para dividir as tarefas do cuidado aos finais de semana e eventuais necessidades. Ainda nesse estudo, 26% da amostra afirmou não dispor de qualquer auxílio ou apoio para execução do cuidado. Em estudo realizado em Portugal, apenas 34% dos cuidadores referiram apoio de um cuidador secundário (PEREIRA; CARVALHO, 2012). O revezamento das atividades do cuidado é considerado um dos principais apoios relatados pelos cuidadores na literatura (PEREIRA; SOARES, 2015).

Embora neste estudo tenham sido discutidos os fatores que se relacionaram estatisticamente com a QV do cuidador, é importante salientar a relevância do apoio social a essa população. Já está posto que grupos de apoio, dentre outras estratégias semelhantes são importantes para amenizar o fardo que o cuidado representa (CHIEN et al., 2011).

Em relação às variáveis que apresentaram relação negativa com a QV, que se traduz pela redução dessa à medida em que o indivíduo é exposto ao fator, ou em que esse aumenta, percebemos que cuidadores cujo estado civil é divorciado/separado, apresentaram QV inferior a cuidadores solteiros. Após busca na literatura, não encontramos estudos que possam



corroborar com esse resultado, porém, Reis et al. (2016), em estudo realizado na Bahia, cujo objetivo foi investigar os determinantes da sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos, encontraram relação entre estado civil separado e a sobrecarga causada pelo cuidado, principalmente nas relações interpessoais e na percepção de autoeficácia.

Em estudo de revisão, Sbarra (2015) afirma que em pessoas que viveram a experiência da separação, os riscos de resultados de saúde são ruins, incluindo taxa de mortalidade até 23% mais elevada. Entretanto, o autor expõe que a maioria das pessoas é resiliente após o término da relação, sendo que aproximadamente 10% a 15% possuem problemas ao passar por essa situação.

Já o estudo de Han et al. (2014), em que foi analisada a relação entre estado civil e QV entre homens e mulheres coreanos com idade acima 18 anos, por meio de análise multinível, os autores verificaram associação entre estado civil e QV, sendo que em mulheres solteiras, a QV é mais elevada quando comparadas com mulheres casadas ou separadas. Porém, entre homens solteiros, a QV é ligeiramente inferior ao serem comparados com homens separados ou casados.

Em suma, o processo de separação é capaz de impactar na QV de indivíduos não cuidadores, a partir disso, podemos supor que essa relação negativa encontrada em nossa população de estudo possa ser explicada devido à soma do fardo atribuído ao cuidado, além dos impactos causados pela separação.

Cuidadores que fazem uso de medicamento tem sua QV reduzida em relação àqueles que não utilizam. Isso foi revelado em nosso estudo para o domínio Meio Ambiente. Na literatura, não encontramos estudos que apontam essa relação, entretanto, podemos supor que esse resultado advém das despesas com a compra de medicamentos, uma vez que esse domínio avaliou condições financeiras do cuidador e, nos últimos anos, o acesso a medicamentos por meio do sistema público tem se restringido, mesmo apresentando aproximadamente 75% dos medicamentos disponíveis (HELENA; ANDERSEN; MENONCIN, 2015). Por outro lado, podemos inferir, ainda, que essa queda na QV pode estar relacionada à doença que requer o uso da medicação.

Devido ao processo de transição epidemiológica, em que as DANT apresentam alta prevalência, percebe-se que seus impactos são encontrados nos dependentes e, ainda, exercendo forte influência sobre a QV do cuidador, em especial àqueles que também são acometidos por tais moléstias, pois além de limitar sua atuação no cuidado, produzem impactos significativos em diferentes dimensões da sua vida, seja fisiológica, psicossocial, financeira, dentre outras (FERREIRA et al., 2012; OMS, 2014). O impacto das DANT que

acometem o próprio cuidador foi revelado em nosso estudo, no qual verificou-se relação negativa entre os cuidadores com DANT e sua QV nos domínios Físico, Psicológico, Social, além do IGQV, corroborando com outros estudos.

Em revisão de Pereira e Soares (2015), as autoras identificaram, por meio dos estudos analisados, que problemas de saúde pré-existentes podem se agudizar devido ao fardo gerado pelo cuidado. Em um dos estudos analisados pelas autoras, em amostra de 268 cuidadores, 84% relataram ter problemas físicos e 94%, problemas psicológicos. Tais problemas, por menos graves que sejam, refletem na valorização que os cuidadores atribuem à saúde em geral.

Xie et al. (2016), em estudo realizado na China, revelaram que à medida que se aumenta a quantidade de comorbidades em cuidadores, sua QV reduz significativamente. Resultados semelhantes também foram encontrados na Europa (ALPTEKIN et al., 2010) e no Brasil (REIS et al., 2013; SANTOS; TAVARES, 2012).

Surpreendeu-nos perceber que pessoas que utilizavam o serviço público de saúde apresentaram menores níveis de QV no IGQV. Frequentemente, usuários reclamam da qualidade do serviço de saúde pública no Brasil. São relatadas queixas quanto ao atendimento, falta de humanização e acolhimento, deficiência de recursos físicos e materiais, além da demora para conseguir atendimento e exames especializados (CAMPOS et al., 2014; MOIMAZ et al., 2010).

Podemos inferir que tais problemas repercutem em insatisfação da população, incluindo de cuidadores, uma vez que, frequentemente, além de ter que recorrer ao serviço para atendimento próprio, também o faz pelo dependente sob seus cuidados, seja para obter medicamentos, agendar consultas ou acompanhá-lo. Essa rotina pode ser vista como um fardo, o que pode implicar na redução do nível de QV.

Não foram encontrados estudos prévios que identificaram essa relação, portanto, reforçamos que discutimos suposições para esse resultado baseado em estudos que verificaram a insatisfação com o serviço público na população em geral (CAMPOS et al., 2014; MOIMAZ et al., 2010).

No que tange a relação do cuidador com sua QV, portanto, vale ressaltar que a idade, o sexo masculino, a prática de atividades de lazer, sono, a prática de alguma religião, possuir alguma formação para o cuidado e revezar o cuidado com outra pessoa estiveram relacionados positivamente à sua QV, enquanto que possuir alguma DANT, fazer uso de medicamento e utilizar o serviço público de saúde tiveram relação negativa com sua QV. Dentre os dez fatores acima citados, 60% são potencialmente modificáveis, e dentre os que não são, as

DANT e o uso de medicamentos, por exemplo, podem ser prevenidos por meio de hábitos de vida modificáveis, portanto, os profissionais de saúde possuem, nesses dados, informações para elaboração de estratégias junto aos cuidadores.

## 7 LIMITAÇÕES E POTENCIALIDADES DO ESTUDO

É necessário esclarecermos que, ainda que não tenhamos encontrado relação entre nível de dependência e QV do cuidador familiar, os achados deste estudo evidenciaram a necessidade dos gestores e profissionais de saúde em estender a assistência aos cuidadores, além de estabelecer processos de formação e assistência que utilizem abordagens com a família, pois a saúde deve ser pensada do ponto de vista dessa, visto que o adoecimento de um membro pode impactar nos demais.

É importante salientar que as relações estabelecidas não podem ser consideradas causais, uma vez que se trata de um estudo transversal, em que não se estabelece uma relação de temporalidade e causalidade entre as variáveis de estudo.

Uma possível generalização além da população estudada também não é recomendada, dado o fato de ser um estudo local, compreendendo características comuns da população residente naquela área de abrangência, por mais que envolva os três estratos de vulnerabilidade.

As comparações desse estudo a outros existentes na literatura também tornou-se uma limitação, pois conforme fora mencionado na discussão, a maior parte dos estudos abordam cuidadores de dependentes em idades ou doenças específicas que, ao ser comparados com populações como foi a nossa, com diversidade de idade e outras características, as inferências podem se tornar equivocadas.

Percebemos, ainda, a necessidade de ter investigado outras variáveis como o tempo despendido diariamente para o cuidado; identificação da fonte de renda em famílias que informaram não possuir, porém apontaram possuir renda mensal; qual a fonte de recursos financeiros para as necessidades básicas em famílias que não possuem renda; e se o cuidador recebe assistência dos profissionais da APS ou são atendidos por algum programa de assistência domiciliar.

No entanto, este estudo revelou importantes dados sobre como o fenômeno da dependência impacta na vida do cuidador, e pode se tornar referência para estudos futuros, além de sensibilizar os pesquisadores, espaços de formação, gestores e profissionais para a elaboração de práticas de assistência e apoio aos cuidadores informais.

Consideramos importante a realização de estudos longitudinais com configuração mista, pois acreditamos que esse tipo de abordagem seja ideal para explicar profundamente a relação entre as variáveis estudadas e compreender as implicações do fenômeno da dependência na vida do dependente, cuidador e sua família.

## 8 CONCLUSÃO

O perfil dos cuidadores, bem como o dos usuários adultos dependentes de cuidados revelado neste estudo, não difere daqueles já encontrados na literatura e corrobora para uma maior preocupação do poder público para com essas pessoas.

Embora não tenha sido encontrada relação entre o nível de dependência e a QV do cuidador, foi importante perceber que praticamente todos os fatores que se relacionaram à QV são inerentes ao cuidador e, em sua maioria, passíveis de modificação, tais como a prática de atividades de lazer, o estímulo a adoção de hábitos de vida saudáveis que reduzam a possibilidade de ocorrência das DANT, o incentivo da família para o compartilhamento do cuidado, dentre outras. Em suma, percebeu-se que características do dependente e cuidador são importantes influenciadores na QV desse.

Uma vez que os padrões de morbimortalidade vêm passando por transformações nos últimos anos, se intervirmos de maneira eficaz nos fatores que influenciam na QV do cuidador, as repercussões causadas por essas modificações podem ser minimizadas.

Importante salientar que a capacidade explicativa dos modelos desse estudo foi de baixa a moderada, mesmo utilizando quantidade significativa de variáveis potencialmente explicativas. Tal resultado demonstra que podem existir inúmeros fatores subjetivos nesse processo que não podem ser quantificados ou explicados em uma abordagem quantitativa.

Doravante, o investimento em programas de saúde que propiciem apoio aos cuidadores informais, tanto no processo de cuidado ao dependente quanto em atividades que promovam a sua própria saúde, pode servir como atenuante em futuras demandas que esse grupo possa apresentar.

Entretanto, vale ressaltar que os investimentos necessários perpassam as alçadas do poder público, e questões financeiras, pois os esforços devem começar pela sensibilização das famílias, profissionais de saúde e comunidade. Com frequência, gestores públicos são penalizados pela população, porém, se a mudança não começar nas famílias, esse processo torna-se ineficaz. Isso foi demonstrado em nosso estudo, uma vez que o apoio de membros da família na execução do cuidado foi, com frequência, negligenciado. Além do mais, a adoção de hábitos de vida saudáveis e medidas de proteção dependem, também, de esforços dos cuidadores e famílias.

Os enfermeiros, em conjunto com os demais membros das EqSF devem se mobilizar no cuidado centrado na família, uma vez que o fenômeno da dependência engloba não somente um, mas todos que vivem em seu meio.

## REFERÊNCIAS

- ABELLÁN, A., ESPARZA, C. Solidaridad familiar y dependencia entre las personas mayores. **Informes Portal Mayores**, v. 99, p. 1-19, 2010.
- ADELMAN, R. D. et al. Caregiver burden: a clinical review. **JAMA – Journal of the American Medical Association**, v. 311, n. 10, p. 1052-1060, 2014.
- ALL-PARTY PARLIAMENTARY GROUP ON GLOBAL HEALTH (APPG). **Triple Impact – how developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth**. London: APPG; 2016.
- ALPTEKIN, S. et al. Characteristics and quality of life analysis of caregivers of cancer patients. **Medical Oncology**, v. 27, p. 607-617, 2010.
- 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 Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 266-272, 2008.
- ANJOS, K. F. dos et al. Association between social support and quality of life of relative caregivers of elderly dependents. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1321-1330, May 2015.
- ANJOS, K. F. dos; BOERY, R. N. S. de O.; PEREIRA, R. Qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 600-608, jul./set. 2014.
- ANOKYE, N. K. et al. Physical activity and health related quality of life. **BMC Public Health**, v. 12, p. 624, 2012.
- ARAÚJO, D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 533-538, 2012.
- ARIAS-ROJAS, M.; GARCÍA-VIVAR, C. The transition of palliative care from the hospital to the home: a narrative review of experiences of patients and family caretakers. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 33, n. 3, p. 482-491, 2015.
- BAGNE, B. M.; GASPARINO, R. C. Qualidade de vida do cuidador do portador de Doença de Alzheimer. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 258-263, mar./abr. 2014.

BEUSEKOM, I. V. et al. Reported burden on informal caregivers of ICU survivors: a literature review. **Critical Care**, v. 20, p. 16, Jan 2016.

BEVANS, M. F.; STERNBERG, E. M. Caregiving burden, stress, and health effects among caregivers of adult cancer patients. **Journal of the American Medical Association**, v. 307, n. 4, p. 398-403, 2012.

BHIMANI, R. Understanding the burden on caregivers of people with Parkinson's: a scoping review of the literature. **Rehabilitation Research and Practice**, v. 2014, p. 1-8, 2014.

BRAGA, P. P. et al. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 903-912, mar. 2016.

BRAJSA-ZGANEC, A.; MERKAS, M.; SVERKO, I. Quality of Life and Leisure Activities: How do Leisure Activities Contribute to Subjective Well-Being? **Social Indicators Research**, v. 102, p. 81-91, 2011.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055-18059.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial de União**, Brasília, 14 out. 1991.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 jun. 2013a. Seção 1, p. 59.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília: 2013b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022**. Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. **Vigitel Brasil 2013: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília, 2014.

CALVO, A. et al. Religiousness is positively associated with quality of life of ALS caregivers. **Amyotrophic Lateral Sclerosis**, v. 12, p. 168-171, 2011.

CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 252-264, out. 2014.

CANGA-ARMAYOR, A.; GARCÍA-VIVAR, C.; NAVAL, C. Dependencia y familia cuidadora: reflexiones para un abordaje familiar. **Anales del Sistema Sanitario de Navarra**, v. 34, n. 3, p. 463-469, 2011.

CHAFJIRI, R. T. et al. The relationship between the spiritual attitude of the family caregivers of older patients with stroke and their burden. **Clinical Interventions in Aging**, v. 12, p. 453-458, 2017.

CHIEN, L. Y. et al. Caregiver support groups in patients with dementia: a meta-analysis. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 26, n. 10, p. 1089-1098, 2011.

CHOI, Y. S. et al. Factors associated with quality of life among family caregivers of terminally ill cancer patients. **Psycho-Oncology**, v. 25, p. 217-224, 2016.

COSTA, T. F. da et al. Stroke: patient characteristics and quality of life of caregivers. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 5, p. 933-939, Oct. 2016.

COSTA, T. F. da et al. Quality of life of caregivers for patients of cerebrovascular accidents: association of (socio-demographic) characteristics and burden. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 245-252, Apr. 2015.

COUTO, A.; CASTRO, E. A. B.; CALDAS, C. P. Experiences to be a family caregiver of dependent elderly in the home environment. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - Rev Rene**, v. 17, n. 1, p. 76-85, 2016.

CRUZ, D. C. M. et al. As vivências do cuidador informal do idoso dependente. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n. 2, p. 127-136, dez. 2010.



CUPIDI, C. et al. Sleep quality in caregivers of patients with Alzheimer's disease and Parkinson's disease and its relationship to quality of life. **International Psychogeriatrics**, v. 24, n. 11, p. 1827-1835, 2012.

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.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem gerontológica**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.

EVANS, B. C. et al. Collective Care: Multiple Caregivers and Multiple Care Recipients in Mexican American Families. **Journal of Transcultural Nursing**, v. 28, n. 4, p. 398-407, 2017.

FERREIRA, H. P. F. et al. O impacto da doença crônica no cuidador. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v. 10, n. 4, p. 278-284, jul./ago. 2012.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, abr. 2000.

FLORES, N. et al. Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores. **European Journal of Investigation in Health**, v. 4, n. 2, p. 79-88, 2014.

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

FRENK, J. et al. La transición epidemiológica en América Latina. **Boletín de la Oficina Sanitaria Pan-americana**, v. 111, n. 6, p. 485-496, 1994.

GANAPATHY, V. et al. Caregiver burden, productivity loss, and indirect costs associated with caring for patients with poststroke spasticity. **Clinical Interventions in Aging**, v. 10, p. 1793-1802, Nov. 2015.

GHODSBIN, F. et al. Effect of education on quality of life of family caregivers of children with leukemia referred to the Oncology Clinic at Kerman's Afzali-Poor Hospital (Iran), 2012. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 32, n. 1, p. 41-48, 2014.

GLAJCHEN, M. Physical Well-Being of Oncology Caregivers: An Important Quality of Life Domain. **Seminars in Oncology Nursing**, v. 28, n. 4, p. 226-235, 2012.

HAINES, K. J. et al. Psychosocial outcomes in informal caregivers of the critically ill: a systematic review. **Critical Care Medicine**, v. 43, n. 5, p. 1112-1120, 2015.

HAN, K. et al. Is marital status associated with quality of life? **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 12, p. 109, 2014.

HELENA, E. T. de S.; ANDERSEN, S. E.; MENONCIN, S. M. Percepção dos usuários sobre acesso aos medicamentos na atenção primária. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 280-288, 2015.

INOUYE, K.; PEDRAZZANI, E. S.; PAVARINI, S. C. I. Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador: um estudo comparativo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 51, n. 5, p. 891-899, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2017**. 2017.

\_\_\_\_\_. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Projeção da População por Sexo e Idade para o Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação**. 2013.

\_\_\_\_\_. **Produto Interno Bruto dos Municípios 2010-2013**. 2013.

JING, W. WILLIS, R. FENG, Z. Factors influencing quality of life of elderly people with dementia and care implications: A systematic review. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 66, p. 23-41, 2016.

KARSCH, U. M. S. **Envelhecimento com Dependência: Revelando Cuidadores**. São Paulo: EDUC; 1998.

KEIKA, I.; PEDRAZZANI, E. S.; PAVARINI, S. C. I. Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador: um estudo comparativo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 5, p. 891-899, 2010.

KIM, H.; ROSE, K. Sleep disturbances in family caregivers: An overview of the state of the science. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 25, p. 456-468, 2011.

KUO, L. M. et al. A home-based training program improves Taiwanese Family caregivers' quality of life and decreases their risk for depression: a randomized controlled trial. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 28, n. 5, p. 504-513, 2013.

LEGG, L. A. et al. Occupational therapy for adults with problems in activities of daily living after stroke. **Stroke**, CD003585, 2017.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Informal and paid care for Brazilian older adults (National Health Survey, 2013). **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl. 1, 6s, 2017.

MALTA, D. C. et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 1, 4s, 2017.

MAR, J. et al. Calidad de vida y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con daño cerebral adquirido. **Revista Española de Geriatria y Gerontología**, v. 46, n.4, p. 200-205, 2011.

MARINHO, F; PASSOS, V. M. de A.; FRANCA, E. B. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 713-724, dez. 2016.

MARQUES, G. Q.; FREITAS, I. B. A. Pilot-experience in home care: bedridden aged patients of a Basic Health Unit, Porto Alegre, Brazil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 825-832, Dec. 2009.

MEDEIROS, M. M. C.; FERRAZ, M. B.; QUARESMA, M. R. Cuidadores as "vítimas ocultas" das doenças crônicas. **Revista Brasileira de Reumatologia**, n. 38, p. 189-192, 1998.

MCKEOWN, R. E. The Epidemiologic Transition: Changing Patterns of Mortality and Population Dynamics. **American Journal of Lifestyle Medicine**, v. 3, supl. 1, p. 19s-26s, July 2009.

MINOSSO, J. S. M. et al. Validation of the Barthel Index in elderly patients attended in outpatient clinics, in Brazil. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 218-223, Apr. 2010.

MIRANDA, G. M. B.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

- MOIMAZ, S. A. S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, dez. 2010.
- MOLETA, F. et al. O cuidador familiar no contexto das afasias. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 343-352, dez. 2011.
- MOURA, E. C. de et al. Gender inequalities in external cause mortality in Brazil, 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 779-788, Mar. 2015.
- NASCIMENTO, B. R. et al. Global health and cardiovascular disease. **Heart**, v. 100, n. 22, p. 743-749, 2014.
- NERI, A. L. **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais**. 3ª ed. Campinas: Alínea, 2012.
- NETO, A. V. de O. **Análise do programa Melhor em Casa: um olhar sobre a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília.
- NORTHOUSE, L. L. et al. Interventions with Family Caregivers of Cancer Patients: MetaAnalysis of Randomized Trials. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 60, n. 5, p. 317-339, 2010.
- OGUNLANA, M.O. et al. Quality of life and burden of informal caregivers of stroke survivors. **Hong Kong Physiotherapy Journal**, v. 32, p. 6-12, 2014.
- OLIVEIRA, D. C.; D'ELBOUX, M. J. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 5, p. 829-838, 2012.
- OMRAN, A.R. The Epidemiologic Transition. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, v. 49, p. 509-538, 1971.
- OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. 2ª ed. New York: McGraw-Hill, 1980.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva: WHO, 2014.
- PAPASTAVROU, E. et al. Factors associated with quality of life among family members of patients with dementia in Cyprus. **International Psychogeriatrics**, v. 26, n. 3, p. 443–452, 2014.

PENG, H. L.; CHANG, Y. P. Sleep disturbance in family caregivers of individuals with dementia: A review of the literature. **Perspectives in Psychiatric Care**, v. 49, p. 135-146, 2013.

PENG, H.; LORENZ, R. A.; CHANG Y. Sleep Quality in Family Caregivers of Individuals with Dementia: A Concept Analysis. **Clinical Nursing Research**, v. 25, n. 4, p. 448-464, 2016.

PEREIRA, L. S. M.; SOARES, S. M. Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3839-3851, 2015.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 241-250, abr./jun. 2012.

PEREIRA, M. da G.; CARVALHO, H. Qualidade de vida, sobrecarga, suporte social, ajustamento conjugal e morbidade psicológica em cuidadores de idosos com dependência funcional. **Temas em Psicologia**, v. 20, n. 2, p. 369-383, 2012.

PINQUART, M.; SÖRENSEN, S. Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-anaylsis. **The Journal of Gerontology**, v. 62B, n. 2, p. 126-137, 2007.

PINQUART, M.; SÖRENSEN, S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. **Psychology and Aging**, v. 18, n. 2, p. 250-267, 2003.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE (PBH). Coordenadoria Norte. 2017a. disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/estrutura-de-governo/norte>. Acesso em 10 dez. 2017.

---

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. 2017b. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/estrutura-de-governo/saude>. Acesso em 10 dez. 2017.

---

\_\_\_\_\_. Áreas de abrangência da Saúde em Belo Horizonte. 2012. Disponível em: <http://gestaocompartilhada.pbh.gov.br/mapas-e-estatisticas>. Acesso em 09 jan. 2018.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/>. Acesso em 10 dez. 2017.

RANGEL, E. S. S.; BELASCO, A. G. S.; DICCINI, S. Quality of life of patients with stroke rehabilitation. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 205-212, 2013.

REIS, L. A. dos et al. Determinantes da sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 5, n. 1, p. 59-67, jan./jun. 2016.

REIS, L. A. et al. Quality of life and associated factors for caregivers of functionally impaired elderly people. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, São Carlos, v. 17, n. 2, p. 146-151, Apr. 2013.

RIBEIRO, A. P.; SOUZA, E. R. de; BAHIA, C. A. Eventos acidentais: desafios para as políticas públicas, de vigilância e de prevenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 12, p. 3646, dez. 2016.

RODRIGUES, L. de S.; ALENCAR, A. M. P. G.; ROCHA, E. G. The stroke patient and the family support system. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 271-277, Apr. 2009.

ROTH, D. L.; FREDMAN, L.; HALEY, W. E. Informal caregiving and its impact on health: a reappraisal from population based studies. **The Gerontologist**, v. 55, n. 2, p. 309-319, 2015.

RUSHTON, P. W. et al. Understanding the burden experienced by caregivers of older adults who use a powered wheelchair: a cross-sectional study. **Gerontology and Geriatric Medicine**, v. 3, p. 1-8, 2017.

SALVATO, M. A.; FERREIRA, P. C. G.; DUARTE, A. J. M. O impacto da escolaridade sobre a distribuição de renda. **Estudos Econômicos (São Paulo)**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 753-791, dez. 2010.

SANTOS, N. M. de F.; TAVARES, D. M. dos S. Correlation between quality of life and morbidity of the caregivers of elderly stroke patients. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 960-966, Aug. 2012.

SBARRA, D. A. Divorce and Health: current trends and future directions. **Psychosomatic Medicine**, v. 77, n. 3, p. 227-236, Apr. 2015.

- SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-61, 2011.
- SCHULZ, R.; SHERWOOD, P. R. Physical and Mental Health Effects of Family Caregiving. **American Journal of Nursing**, v. 108, supl. 9, p. 23-27, 2008.
- SILVA, A. M. M. et al. Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl. 1, p. 5s, 2017.
- SOUZA, L. R. de et al. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 140-149, 2015.
- STONE, R.; CAFFERATA, G. L.; SANGL, J. Caregivers of the frail elderly: a national profile. **The Gerontologist**, Washington, v. 27, n. 5, p. 616-626, 1987.
- SULTER, G.; STEEN, C.; DE KEYSER, J. Use of Barthel index and modified Rankin scale in acute stroke trials. **Stroke**, v. 30, p. 1538-1541, 1999.
- TOLEDO, M. O.; BALLARIN, M. L. G. S. O cotidiano de cuidadores primários de pacientes em tratamento quimioterápico. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional – UFSCar**, v. 21, n. 1, p. 75-81, 2013.
- VAINGANKAR, J. A. et al. Care participation and burden among informal caregivers of older adults with care needs and associations with dementia. **International Psychogeriatrics**, v. 28, n. 2, p. 221-231, 2016.
- VIEIRA, C. de B. et al. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 570-579, jun. 2011.
- WACHHOLZ, P. A.; SANTOS, R. C. C.; WOLF, L. S. P. Reconhecendo a sobrecarga e a qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos frágeis. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 513-526, 2013.
- WOLF, J. L. et al. A national profile of Family and unpaid caregivers who assist older adults with health care activities. **Journal of the American Medical Association**, v. 176, n. 3, p. 372-379, 2016.
- WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias – guia para avaliação e intervenção na família**. 5ª ed. São Paulo: Roca, 2015.

XIE H.; et al. Quality of life in Chinese family caregivers for elderly people with chronic diseases. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 14, p. 99, 2016.

YU, H. et al. Factors associated with the quality of life of family caregivers for leukemia patients in China. **Health Quality Life Outcomes**, v. 15, p. 1-11, 2017.



## ANEXOS

## ANEXO A – Índice de Barthel

## ÍNDICE DE BARTHEL

Parâmetro	Atividade Básica da Vida Diária	Pontuação
Alimentar-se	Totalmente Independente	10
	Necessita de ajuda para cortar carne, pão, etc.	5
	Dependente	0
Lavar-se	Independente: entra e sai sozinho do banho	5
	Dependente	0
Vestir-se	Independente: capaz de vestir-se e de retirar a roupa, abotoar, amarrar os sapatos	10
	Necessita ajuda	5
	Dependente	0
Arrumar-se	Independente para lavar o rosto, as mãos, pentear-se, barbear-se, maquiar-se, etc.	5
	Dependente	0
Evacuar	Continência	10
	Ocasionalmente algum episódio de incontinência, ou necessita ajuda para administra-se supositórios ou laxantes	5
	Incontinência	0
Micção	Continência normal, ou é capaz de cuidar da sonda, se faz uso de uma	10
	Um episódio diário como máximo de incontinência, ou necessita de ajuda para cuidar da sonda	5
	Incontinência	0
Usar o sanitário	Independente para ir ao sanitário, arrumar-se e colocar a roupa	10
	Necessita de ajuda para ir ao sanitário, porém se limpa sozinho	5
	Dependente	0
Transferir-se	Independente para ir da cadeira a cama	15
	Mínima ajuda física ou supervisão para fazê-lo	10
	Necessita grande ajuda, porém é capaz de manter-se sentado sozinho	5
	Dependente	0
Deambular	Independente, caminha sozinho 50 metros	15
	Necessita ajuda física ou supervisão para caminhar 50 metros	10
	Independente na cadeira de rodas, sem ajuda	5
	Dependente	0
Subir e descer escadas	Independente para descer e subir escadas	10
	Necessita ajuda física ou supervisão para fazê-lo	5
	Dependente	0
<b>TOTAL</b>		

Resultado	Grau de Dependência
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
60-95	Leve
100	Independente

## ANEXO B – WHOQOL-bref

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

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

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

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

		muito ruim	ruim	nem ruim 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 frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

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

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**

**ANEXO C- Cópia da carta de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da UFMG**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 54550416.0.0000.5149

Interessado(a): **Profa. Livia Cozer Montenegro**  
Departamento de Enfermagem Materno Infantil e  
Saúde Pública  
Escola de Enfermagem-UFMG

**DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 28 de junho de 2016, o projeto de pesquisa intitulado "**O fenômeno da dependência de cuidados em usuários que convivem com um processo crônico de saúde: implicações para família, cuidador e equipe de enfermagem**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.

Profa. Dra. Telma Campos Medeiros Lorentz  
Coordenadora do COEP-UFMG

## ANEXO D – Cópia carta de anuência da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte



### CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos conhecer o projeto de pesquisa intitulado **O fenômeno da dependência de cuidados em usuários que convivem com um processo crônico de saúde: implicações para família, cuidador e equipe de enfermagem**, sob a responsabilidade da pesquisadora Livia Cozer Montenegro, CPF 029.329.799-14, cujo objetivo é analisar as implicações do fenômeno da dependência de usuários que convivem com processo crônico de saúde na perspectiva do cuidador, da família e da equipe de enfermagem no contexto da atenção primária e autorizamos que este estudo seja executado no Distrito Norte da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA-BH.

Esta autorização foi subsidiada por uma apreciação institucional das gerências responsáveis pela temática da pesquisa e está condicionada ao cumprimento pelos (a/o) pesquisadores (a/o) dos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares.

A SMSA-BH deverá constar como coparticipante da pesquisa.

Solicitamos uma devolutiva dos dados e resultados encontrados para o município de Belo Horizonte e trabalhadores do setor e/ou seus representantes.

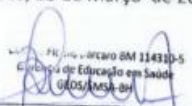
A utilização dos dados pessoais dos sujeitos da pesquisa se dará exclusivamente para os fins científicos propostos, mantendo o sigilo e garantindo a utilização das informações sem prejuízo das pessoas, grupos e ou comunidades.

O início do estudo dependerá de sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA.

Esta Carta de Anuência terá validade de 24 (vinte e quatro) meses, a partir de sua assinatura.

Belo Horizonte, 23 de Março de 2017

  
 Taciana Malheiros Lima Carvalho  
 Gerência de Assistência  
 SMSA/BH

  
 Cláudia Fidelis Barcaro  
 Gerência de Educação em Saúde  
 SMSA/BH

Gerência de Educação em Saúde/GEDS  
 Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA/BH  
 Rua Frederico Bracher Júnior, nº 103 - 3º andar - Padre Eustáquio - CEP 30 720-000 - Belo Horizonte/MG.  
 Telefone: (31) 3277 9281 / 8516 e Fax (31) 3277 8456 / e-mail: ces@pbh.gov.br

## ANEXO E – Cópia do Ofício de autorização do Distrito Sanitário Norte



PREFEITURA MUNICIPAL  
DE BELO HORIZONTE

Ofício GERSAN/EXTERNO/ Nº 171/2016

Secretaria Municipal de Saúde  
Gerência Regional de Saúde Norte

Belo Horizonte, 20 de junho de 2016

Prezada Professora Livia Cozer Montenegro,

Venho, por meio deste, manifestar interesse do Distrito Sanitário Norte em contribuir com a pesquisa intitulada **"O fenômeno da dependência de cuidados em usuário que convivem com um processo crônico de saúde: implicações para família, cuidador e equipe de enfermagem"**. Concordo que está é uma etapa fundamental nesta empreitada e que a referida pesquisa já foi encaminhada ao comitê de ética em pesquisas com seres humanos da UFMG e da SMSA e que A coordenação da pesquisa está sob responsabilidade da Prof.Dra. Livia Cozer Montenegro, professora adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Atenciosamente,



Moisés Gonçalves de Oliveira BM: 76793-3  
Gerente Regional de Saúde Norte  
Secretaria Municipal de Saúde

Ilma.  
Livia Cozer Montenegro – Enfermeira.  
Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública  
Universidade Federal de Minas Gerais.

Gerência Regional de Saúde Norte  
Rua Pastor Murylo Cassete, 85 – São Bernardo CEP: 31.741-405  
Telefone: 3277-6693/ 7430 Email: gersan@pbh.gov.br



## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Questionário para caracterização do perfil do dependente

#### INSTRUMENTO DEPENDENTE

ID: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Sexo: 1- Feminino 2- Masculino

3. Estado Civil:

1- casado 2- união consensual 3- viúvo  
4- separado 5- divorciado 6- solteiro

4. Possui filhos? 1-Sim 2- Não

5. Se respondeu SIM para a questão anterior, quantos? \_\_\_\_\_

6. Grau de escolaridade: 1- Primeiro 2- Segundo 3- Terceiro 4- Pós-graduação  
5- Sem estudo

7. Escolaridade (em anos de estudo): \_\_\_\_\_

8. Exerce trabalho remunerado atualmente? 1- Sim 2- Não

9. Se respondeu SIM, qual a carga horária semanal (em horas)? \_\_\_\_\_

10. Ocupação atual: \_\_\_\_\_

11. Situação trabalhista: 1- Aposentado 2- Desempregado  
3- Afastado INSS 4- Pensionista

12. Renda familiar: \_\_\_\_\_

13. Motivo da dependência: \_\_\_\_\_

14. DANT: 1- Cardiovascular 2- Diabetes 3- Respiratória 4- Câncer  
5- Psiquiátrica 6- Neurológica 7-outra: \_\_\_\_\_

15. Utiliza algum medicamento? 1- Sim 2- Não

16. Utiliza órtese/prótese? 1-Sim 2-Não

17. Reside junto com o cuidador? 1- Sim 2-Não

18. Como desenvolveu a dependência? 1- Gradualmente 2- Subitamente 3- Congênita

19. Há quanto tempo está dependente? \_\_\_ ano (s) \_\_\_ meses

20. Tempo de sono diário (em horas): \_\_\_\_\_

21. Tipo de serviço de saúde que utiliza: 1- Público 2- Privado 3- Convênio

22. Foi internado nos últimos 12 meses? 1- Sim 2- Não

23. ÍNDICE DE BARTHEL: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B – Questionário para caracterização do perfil do cuidador

### INSTRUMENTO CUIDADOR

ID: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

1. Idade: \_\_\_\_\_
2. Sexo: 1- Feminino      2- Masculino
3. Estado Civil:
 

1- <u>casado</u>	2- união consensual	3- viúvo
4- <u>separado</u>	5- divorciado	6- solteiro
4. Possui filhos? 1- Sim 2- Não
5. Se respondeu SIM para a questão anterior, quantos? \_\_\_\_\_
6. Grau de parentesco com o usuário:
 

1- filho	2- cônjuge	3- pai/mãe	4- irmão(ã)
5- tio(a)	6- neto (a)	7- sobrinho	8. outro: _____
7. Grau de escolaridade:
 

1- Primeiro	2- Segundo	3- Terceiro	4- <u>Pós graduação</u>
5- Sem estudo			
8. Escolaridade (em anos de estudo): \_\_\_\_\_
9. Fez algum curso de cuidador?      1- Sim 2- Não
10. Exerce trabalho remunerado atualmente?      1- Sim 2- Não
11. Se respondeu SIM para a questão anterior, qual a carga horária semanal (em horas)? \_\_\_\_\_
12. Ocupação atual: \_\_\_\_\_
13. Renda cuidador: \_\_\_\_\_
14. Você tem alguma doença?      1- Sim 2- Não
15. Se SIM, qual?:
 

1- Cardiovascular	2- Diabetes	3- Respiratória	4- Câncer
5- Psiquiátrica	6- Neurológica	7-outra: _____	
16. Faz algum tratamento de saúde?      1- Sim 2- Não
17. Utiliza algum medicamento?      1- Sim 2- Não
18. Pratica atividade física?      1- Sim 2- Não
19. Se respondeu SIM, quantas vezes por semana? \_\_\_\_\_ Qual a duração? \_\_\_\_\_
20. Pratica religião?      1- Sim 2- Não
21. Pratica alguma atividade de lazer?      1- Sim 2- Não
22. Se respondeu SIM, quantas vezes por semana? \_\_\_\_\_
23. Há quanto tempo é cuidador? \_\_\_\_\_
24. Reveza o cuidado com outra pessoa?      1- Sim 2- Não
25. Quantos dependentes você possui sob seus cuidados? \_\_\_\_\_
26. Tempo de sono diário (em horas): \_\_\_\_\_
27. Tipo de serviço de saúde que utiliza:
 

1- Público	2- Privado	3- Convênio
------------	------------	-------------



## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Live Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “O fenômeno da dependência de cuidados em usuários que convivem com um processo crônico de saúde: implicações para família, cuidador e equipe de enfermagem”. De autoria dos pesquisadores Doutora Livia Cozer Montenegro, Doutor Adriano Marçal Pimenta e Doutora Cristina Garcia Vivar. Este termo de consentimento lhe dará informações sobre o estudo.

**Objetivos do estudo:** Descrever as características sociodemográficas, do estado de saúde e do grau de dependência dos usuários dependentes de cuidados no contexto da atenção primária. Descrever as características sociodemográficas e de formação profissional dos cuidadores dos usuários dependentes no contexto da atenção primária. Identificar as redes de apoio dos usuários dependentes, dos seus cuidadores e de suas famílias no contexto da atenção primária. Conhecer as facilidades e as dificuldades da assistência realizada pelos cuidadores dos usuários dependentes no contexto da atenção primária. Desvelar como o fenômeno da dependência do usuário que convive com um processo crônico afeta a sua família no contexto da atenção primária.

**Procedimentos:** Você será entrevistado e a entrevista será gravada. Mas não se preocupe, pois as informações fornecidas na gravação serão utilizadas para fins científicos e seu anonimato será preservado. O local, data e horário da realização da entrevista serão agendados previamente, de acordo com a sua disponibilidade.

**Possíveis benefícios:** O benefício dessa pesquisa está na possibilidade de se compreender melhor como vivem os usuários dependentes de cuidado e que convivem com um processo crônico de saúde, sua família e a relação com a equipe de enfermagem do posto de saúde.

**Desconfortos e riscos:** Talvez você se sinta constrangido durante a entrevista e isto pode lhe gerar desconforto. Caso isto ocorra você pode pedir a pesquisadora para encerrar a entrevista em qualquer momento. Será resguardado também, a garantia de reparação dos danos eventualmente causados em decorrência da participação na pesquisa, conforme explicitado na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

**Confidencialidade das informações:** Importante destacar que seu nome ou qualquer outro tipo de identificação e informação serão sigilosos. As informações/opiniões emitidas serão tratadas anonimamente e serão utilizados apenas para fins de pesquisa. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

**Outras informações pertinentes:** Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Qualquer dúvida quanto à realização da pesquisa poderá ser sanada em qualquer momento da mesma. Você também poderá fazer contato com o comitê de ética.

#### Consentimento:

Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) do documento de Identidade \_\_\_\_\_, fui informado (a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário (a). Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) pesquisador (a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) participante

**Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:**

**COEP- Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG** - Av. Antônio Carlos, 6627/ Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005/ Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP: 31270-901. Fone: (31) 3409-4592 / E-mail: [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br). Fone: (31)3277-5309- Fax: (31)3277-7768.

**Comitê de Ética e Pesquisa da SMS-PBH**, fone: 32775309 Avenida Afonso Pena, 2336 – 9º andar, Bairro Funcionários – Belo Horizonte, MG. Cep: 30130007

**Pesquisador (a) Responsável: Prof.ª Dr.ª, Dra. Livia Cozer Montenegro.** Av. Alfredo Salgado, 190/ Escola de Enfermagem da UFMG 4º andar - Sala 420/ Campus Saúde Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP 30130-100 Fone: (31) 3409-8034/E-mail: [liviacozermontenegro@gmail.com](mailto:liviacozermontenegro@gmail.com)