

A percepção do cuidador familiar sobre a recuperação física do idoso em condição de incapacidade funcional

The family caretaker perception about the elderly physical recovery with functional disability

Nilda Emiko Nozaki Israel¹

Oséias Guimarães de Andrade² (*in memoriam*)

Jorge Juarez Vieira Teixeira³

Abstract *The objective of this study was to identify perceptions of family caretakers about the process of physical rehabilitation of elderly people were discharged from hospital on condition of physical dependence. This is a qualitative study, conducted from July to August 2005 in which six family caretakers were interviewed in their own homes, a month after hospital discharge of the elderly. By means of transcription and thematic analysis five themes emerged, highlighting: popular concept of rehabilitation, the process of functional disability, the main resources used and the motivation of the elderly and the caretaker. We found that these family caretakers perceive the physical recovery in a combined way with the care, since their actions are held for the full recovery of the elderly.*

Key words *Elder, Family, Activities of daily living Rehabilitation, Caretaker*

Resumo *O objetivo deste estudo foi o de identificar percepções de cuidadores familiares sobre o processo de recuperação física de idosos que receberam alta hospitalar em condição de dependência física. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado no período de julho a agosto de 2005, em que seis cuidadores familiares foram entrevistados, em seu próprio domicílio, um mês após a alta hospitalar do idoso. Mediante a transcrição e análise temática, surgiram cinco temas, em destaque: conceito popular de reabilitação, o processo da incapacidade funcional, principais recursos utilizados e a motivação do idoso e do cuidador. Observou-se que estes cuidadores familiares percebem a recuperação física de maneira unificada com o cuidado, uma vez que as suas ações são realizadas para a recuperação integral do idoso.*
Palavras-chave *Idoso, Família, Atividades cotidianas, Reabilitação, Cuidador*

¹Hospital Universitário Regional de Maringá, Universidade Estadual de Maringá. Av. Mandacarú 1.590, Vila Vardelina. 87080-000 Maringá PR. nildaisrael@yahoo.com.br

²Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Maringá.

³Departamento de Análises Clínicas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Maringá.

Introdução

A alta frequência de doenças crônicas e a longevidade da população brasileira são apontadas como as principais causas de aumento de idosos com incapacidade funcional^{1,2}. Por outro lado, há evidências de redução de declínio funcional da população idosa, indicando um envelhecimento mais saudável¹.

A incapacidade é a restrição, resultante de uma deficiência, da habilidade para desempenhar uma atividade considerada normal para o ser humano. Surge como consequência direta ou é a resposta do indivíduo a uma deficiência psicológica, física, sensorial ou outra e reflete os distúrbios da própria pessoa, nas atividades e comportamentos essenciais à vida diária³.

A principal ideia que norteia as questões de saúde do idoso diz respeito à capacidade que ele tem de manter uma vida autônoma e independente, expressa pela capacidade de autodeterminação e execução de atividades de vida diária, sem necessidade de ajuda durante a velhice⁴.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde⁵, a incapacidade funcional é uma dificuldade, devido a uma deficiência, para realizar atividades típicas e pessoalmente desejadas na sociedade. Pode levar o idoso à condição de dependência, à necessidade de auxílio para realizar alguma atividade de vida diária⁶. Características como o analfabetismo, a idade, saúde mental, algumas doenças como o AVC (acidente vascular cerebral) e história de internação hospitalar estão associadas com dependência moderada/grave, que sugerem uma rede causal complexa para o declínio da capacidade funcional⁷.

A hospitalização do idoso pode trazer como repercussão uma diminuição da capacidade funcional, muitas vezes, irreversível. Ele é mais susceptível devido ao repouso prolongado no leito, associado aos fatores fisiológicos e doenças incapacitantes que acometem com mais frequência esta faixa etária⁷. Esta situação pode ser ainda agravada pelo fato de que os cuidados hospitalares frequentemente estão focados no tratamento de doenças agudas e a função física e a cognitiva, que são fatores que mais afetam o prognóstico de independência do idoso, geralmente são deixadas para segundo plano⁸.

A perda da capacidade funcional, especialmente na sua dimensão física, está associada à predição de fragilidade, dependência, institucionalização, gerando altos custos para a família e sistema de saúde^{2,9}. Neste sentido, a recuperação da função física está relacionada a uma melhor

qualidade de vida, tornando-se item fundamental na saúde do idoso^{8,10}.

Dentre as várias questões que envolvem a capacidade funcional, como por exemplo, a redução de custo, em muitos países e no Brasil, a tendência é indicar a permanência dos idosos incapacitados em suas casas sob os cuidados de sua família, tornando-se o cuidador a principal ferramenta na recuperação e cuidado do idoso com incapacidade funcional^{2,11}.

A disponibilidade de uma esposa ou parente, independentemente da qualidade ou quantidade de suporte que eles oferecem, tem sido associada ao aumento da mobilidade e consequente melhora da função¹².

Cuidadores relatam que raramente recebem informações claras a respeito da doença, orientação ou apoio para os cuidados, nem indicação de um serviço para prosseguir o tratamento¹³. Embora a educação de pacientes e familiares seja reconhecida como importante componente de uma boa prática na reabilitação, relativamente pouco se tem estudado sobre as suas necessidades de aprendizado. Portanto, compreender as dúvidas e interesses que os cuidadores possuem pode garantir que a informação dada seja relevante¹⁴.

A presente pesquisa teve como objetivo identificar características e percepções do cuidador familiar quanto ao processo de recuperação física de idosos que receberam alta hospitalar em condição de incapacidade funcional.

Metodologia

Pesquisa qualitativa e descritiva, realizada no período de 21 de julho a 21 de agosto, no município de Maringá (PR), com seis cuidadores de idosos que receberam alta de dois hospitais públicos em condição de incapacidade funcional.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP), da Fundação Universidade Estadual de Maringá.

Para avaliar a capacidade funcional dos idosos internados, foi utilizado o índice de Barthel, que avalia as atividades básicas de vida diária (ABVD). Elas correspondem aos níveis mais graves de deficiência das aptidões físicas, relevantes aos pacientes frágeis e ou institucionalizados¹⁵. A pontuação varia de zero (máxima dependência) a cem (independente).

Os critérios de inclusão dos idosos foram possuir sessenta anos ou mais, ter sido internado no Hospital Universitário ou Municipal de

Maringá e ter tido alta hospitalar em condição de incapacidade funcional. E do cuidador foram ter algum grau de parentesco com o idoso, residir na cidade de Maringá e concordar em participar do estudo.

No primeiro momento, foi realizada a avaliação do idoso, na alta hospitalar e um mês após, no domicílio. No segundo momento, foram identificados e contatados os seus respectivos cuidadores.

Em um segundo momento, foi utilizada entrevista semi-estruturada com os cuidadores, para servir de orientação e guia, permitindo também flexibilidade para temas e questões de relevância para a pesquisa¹⁶. A entrevista foi realizada no domicílio pela própria pesquisadora, mediante assinatura do termo de consentimento livre e Esclarecido (TCLE), e gravadas para posterior transcrição e melhor compreensão dos dados obtidos.

Após leitura do material, os dados foram organizados, seu conteúdo analisado através da análise temática, que consiste em desvelar os núcleos de sentido de um discurso, podendo ser apresentadas através de uma palavra, frase ou resumo¹⁷. Os principais temas desenvolvidos em relação aos cuidadores foram o conceito popular de reabilitação, o processo de incapacidade funcional e os recursos utilizados pela família para promover a recuperação, o conhecimento sobre a doença e sua prevenção, a motivação do idoso no processo de recuperação e o cuidador.

A análise dos temas foi de natureza descritiva, com suporte da literatura científica.

Resultados e discussão

Os idosos utilizam os serviços hospitalares de maneira mais intensiva que os demais grupos

etários, envolvendo maiores custos, implicando um tratamento de duração mais prolongada e de recuperação mais lenta e complicada¹⁸.

A Tabela 1 destaca os idosos participantes do estudo que apresentaram incapacidade funcional na alta hospitalar, a maioria com idade acima dos setenta anos, tendo no diagnóstico de internação a presença de AVC, o qual representa uma das principais causas de morte e morbidez no mundo ocidental¹¹. Por motivo de enfermidade e hospitalização, a maioria apresentou baixo índice de Barthel, indicando aumento da dependência funcional, sendo que após a alta hospitalar três idosos apresentaram aumento do índice, caracterizando melhora da função, resultado semelhante encontrado no estudo de Kawasaki e Diogo¹⁹, que avaliou independência funcional no momento, durante a internação, na alta hospitalar e um mês após o retorno ao domicílio. Este estudo apontou piora dos escores na alta hospitalar e melhora das tarefas de autocuidado, do controle de urina, de transferências e autocuidado após retorno ao domicílio. Este mesmo autor evidencia que a própria instituição hospitalar pode potencializar os declínios funcionais por falta de adaptação ambiental como, por exemplo, as barras de apoio. Por outro lado, Siqueira *et al*⁴ avaliaram somente durante o período de internação, na entrada e na alta, e a maioria dos idosos não sofreu alterações funcionais, talvez porque a pesquisa foi realizada em uma enfermaria geriátrico-gerontológica e não clínica médica. Outro estudo acrescenta o fato de que idosos com piora do nível de independência funcional durante a hospitalização tiveram mais chances de óbito dentro de três meses após a alta hospitalar²⁰.

A visibilidade social do cuidador é muito restrita em países em que o envelhecimento da população vem acontecendo há poucas décadas,

Tabela 1. Características dos idosos de duas instituições hospitalares públicas em condição de incapacidade funcional. Maringá (PR), julho a agosto de 2004.

Idoso (I)	Idade	Gênero	Diagnóstico de internação	Barthel no hospital	Barthel no domicílio
I ₁	80	M	ICC+HAS+AVC	25	15
I ₂	75	F	AVC+HAS	40	80
I ₃	85	F	ITU+BCP+DM+AVC	0	0
I ₄	74	F	Úlceras+Alzheimer	0	0
I ₅	65	M	AVC+Chagas	10	40
I ₆	78	M	Pn+AVC+IAM	30	75

Legendas: ICC = insuficiência cardíaca congestiva; HAS = hipertensão arterial sistêmica; AVC = acidente vascular cerebral; ITU = infecção do trato urinário; BCP = broncopneumonia; DM = diabetes mellitus; PN = pneumonia; IAM = infarto agudo do miocárdio.

como o Brasil. Geralmente estão presentes na designação da pessoa que, preferencialmente, assume os cuidados pessoais do idoso incapacitado: parentesco (cônjuges); gênero (feminino); proximidade física (vive junto) e proximidade afetiva (conjuga, pais e filhos)². As principais características dos cuidadores desta pesquisa podem ser observadas na Tabela 2. Todas as participantes pertenciam ao gênero feminino, faixa etária de 22 a 77 anos e o parentesco em relação ao idoso, filha, esposa e neta. O tempo de estudo destes cuidadores variou de um a onze anos. Das seis cuidadoras, cinco relataram comprometimento da saúde física, prevalecendo a expressão dor em quatro. A maioria das cuidadoras relataram oferecer algum tipo de assistência nas ABVD do idoso há mais de três anos. Este perfil vai ao encontro de outros estudos realizados com cuidadores de idosos dependentes^{21,22}.

De acordo com o discurso dos cuidadores entrevistados, emergiram cinco temas principais, apresentados a seguir.

Um conceito popular de reabilitação (Tema 1)

A intervenção precoce de reabilitação após a presença de um AVC pode melhorar o processo de recuperação e minimizar a incapacidade funcional e, conseqüentemente, contribuir para aumento da satisfação do paciente e redução dos custos de cuidado a longo prazo¹¹.

De acordo com o cuidador 3(C3) e 4(C4), a recuperação física é reabilitar e está intimamente relacionada à melhora dos movimentos e à realização das ABVD, é não depender de ninguém para viver: “**É reabilitar; é ela voltar a andar; a falar; comer com as próprias mãos, é ela voltar novamente a se movimentar**”. (C4)

“É reabilitar novamente para uma vida digna, né, uma vida justa, é poder fazer pelos menos as coisinhas dela. Não é trabalhar, mas pelo menos se virar com o próprio corpo dela”. (C3)

A partir deste tema, pode-se definir um conceito popular de reabilitação, como sendo o retorno para uma vida normal e realização das atividades essenciais sem a ajuda de outras pessoas. Este conceito vai ao encontro do objetivo mais importante na reabilitação do idoso, que é o retorno das condições de vida anteriores à doença²³. Embora muitas vezes a recuperação não seja total, principalmente nos casos de pacientes com AVC, a família e o paciente devem ser orientados sobre a possibilidade do idoso não conseguir recuperar totalmente a capacidade funcional anterior ao AVC.

O processo de incapacidade funcional e os recursos utilizados pela família para promover a recuperação (Tema 2)

Não somente as enfermidades que afetam o aparelho locomotor, mas também enfermidades sistêmicas muito prevalentes, como a insuficiência cardíaca, a pneumonia, a demência, se manifestam com perda da função do idoso¹⁵. O AVC é uma das principais doenças que mais causam incapacidade no adulto e o grau de incapacidade vai determinar o nível de dependência por assistência²³.

Fatores psicológicos, educação, cultura e condições de comorbidade também aumentam as chances do idoso apresentar incapacidade²⁴.

Para os cuidadores, além das doenças, as causas da perda da função estiveram associadas à idade, inatividade ou eventos importantes, como a perda de um ente querido e aposentadoria:

“Parou de trabalhar e depois ele se acomodou, filha, ficou assim sem fazer nada. Ele pegou erisi-

Tabela 2. Características dos cuidadores familiares. Maringá (PR), setembro a novembro de 2004.

Cuidador (C)	Idade	Gênero	Parentesco	Tempo de estudo (anos)	Tempo de cuidado	Problemas de saúde
C ₁	77	F	Esposa	0	3 anos	Diabetes, pressão alta, dor no corpo
C ₂	52	F	Filha	4	4 anos	Dor no braço
C ₃	50	F	Filha	8	8 meses	Ciático, hérnia de hiato, reumatismo no sangue
C ₄	22	F	Neta	11	4 anos	Dor no cotovelo
C ₅	64	F	Esposa	3	1 mês	Dor nas costas
C ₆	51	F	Filha	2	4 anos	-

pela, atrofiou as pernas dele e agora também já deu outros problemas no coração, na pressão alta, essas coisas, deu derrame nele também, né, ele ficou com uma perna esquecida. (C1)

A perda da independência e autonomia acontece e aumenta aos poucos e parece limitar a qualidade de vida do idoso e, conseqüentemente, pode aumentar a sobrecarga de seu cuidador, refletida no discurso do próprio cuidador e pelo relato da presença de dores osteomusculares (Tabela 2): “**Ele usava a bengala dentro de casa, ele se ajudava um pouco. De três anos pra cá, é tudo eu que faço**”. (C1)

Para a recuperação física do idoso, o fisioterapeuta foi reconhecido pelos cuidadores como o principal profissional responsável. No entanto, dificuldades no meio de transporte comprometem o seguimento do tratamento disponível na rede pública de saúde, denotando a necessidade da disponibilização dos profissionais de saúde no domicílio ou transporte adequado para algum centro de reabilitação: “**Se ele tivesse uma fisioterapia toda semana, acho eu, acho que ele se recuperava, mas é muito difícil pra levar, carro e condições pra levar, a gente nunca arrumou**”. (C6)

Elas também referiram que o fisioterapeuta solicita alguns cuidados na alta hospitalar e, por isso, muitas vezes é necessário um preparo para a alta hospitalar por parte deste profissional, pois não é possível absorver as instruções dadas durante o período de internação para o cuidado do idoso no domicílio: “**Eu queria saber como fazer fisioterapia, né, é que a gente não sabe mexer com essas coisas, né, difícil, e na hora do dia, você, cabeça ruim, né, e você nem consegue aprender também, né, não consegue aprender nada assim ligeiro, né, imediatamente**”. (C5)

Às vezes, estas recomendações do fisioterapeuta podem ser consideradas como uma sobrecarga, pois aumentam as tarefas que os cuidadores têm a desempenhar; mas, apesar das dificuldades, as cuidadoras realizam alguns cuidados de fisioterapia ao idoso, aprendidos através da observação durante a internação e também intuitivamente, tais como o estímulo para realizar as ABVD, mobilização passiva, transferências e promoção de analgesia através de pomadas, massagens e compressas mornas: “**Mexo com os pés, mexo com as mãos, pegar o braço dela que tá inchado, levantar assim umas quinze ou vinte vezes. Eu faço assim, do pé, eu não sei, mas eu só faço assim do pé**”. (C4)

Os cuidadores têm adquirido equipamentos para facilitar a assistência ao idoso principalmente nas atividades que exigem maior esforço, como

o banho e mobilização para dentro e fora da residência. Os equipamentos mais adquiridos foram cadeira de banho, cadeira de rodas, esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro e inalador. Por saber da importância do controle da pressão arterial, algumas cuidadoras providenciaram aprender manusear e comprar o esfigmomanômetro e o estetoscópio.

Apesar de não serem orientadas para tal, a própria família realizou adaptações ambientais no domicílio para idosos, com o objetivo de facilitar a segurança e movimentação do próprio idoso no domicílio, como rampas, apoio no banheiro, colocação de piso menos escorregadio. Pensando na segurança do idoso, os cuidadores também trocaram os utensílios de vidro por plástico.

Sobre o conhecimento da doença e sua prevenção (Tema 3)

O conhecimento sobre a doença e incapacidade por parte do cuidador pode diminuir a tensão na prestação de cuidados e facilitar a prevenção secundária e reabilitação do idoso¹⁴. Todos os idosos da pesquisa tinham história de AVC e, no entanto, os seus cuidadores demonstraram possuir pouco ou nenhum conhecimento sobre esta principal doença incapacitante, o que denota falta de capacitação do cuidador e ausência de políticas públicas frente a esta problemática: “**Ele teve derrame e ficou assim, só que não sei te dizer não o que que é isso, não. Eu acho que é um coágulo no cérebro, não é? Eu imagino que é, não sei**”. (C3)

É importante, também, o conhecimento do potencial e limitação funcional do idoso, dos tratamentos necessários, dos medicamentos prescritos e recursos disponíveis, pois isto pode garantir à família informações adequadas e relevantes às demandas de responsabilidade na prestação de atendimento ao idoso dependente, uma vez que o cuidador familiar e a família formam uma unidade de cuidado e são a principal fonte de suporte social e econômico^{14,25}.

A motivação do idoso no processo de recuperação (Tema 4)

Os idosos frequentemente estão ansiosos devido à incapacidade física, dor e alterações no estilo de vida, o que pode resultar muitas vezes em depressão²⁵. O humor deprimido, sentimentos de tristeza, desesperança, além da perda de interesse em realizar as atividades previamente prazerosas, são fatores que dificultam o cuidado e a recuperação do idoso como relatado pelos

cuidadores: **“A fisioterapia ali no posto, no hospital, ela não deixa fazer; tenta fazer os movimentos com os braços, ela fica nervosa, endurece os braços e não deixa fazer. E obrigar ela é pior; porque disse que ela não é pra passar nervoso, então tem que deixar os exercícios”.** (C3)

“A gente tenta fazer alguma coisa, levar ele pra sair de casa, só que ele não quer mesmo, ele não quer fazer nada”. (C6)

O que demonstra a íntima relação entre a função física e emocional na recuperação do idoso, a complexidade da problemática e necessidade de uma abordagem global, multidimensional e interdisciplinar, como preconizado na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa²⁶.

O cuidador (Tema 5)

As cuidadoras relataram desgaste físico e emocional decorrentes da tarefa de cuidar de um idoso. Sua saúde está comprometida, pois além de enfermidades sistêmicas como, por exemplo, a hipertensão arterial, elas queixaram-se de problemas osteomusculares surgidos devido ao manejo do idoso: **“Eu fiquei com dor no braço direito, ainda tá doendo até hoje”.** (C2)

Devido ao envolvimento com o cuidado do idoso, da casa e da família, muitos cuidadores deixam de cuidar de si mesmos, recorrendo à automedicação para solucionar os seus problemas de saúde: **“Uma vez por ano eu arrumo minha unha e arrumo meu cabelo de vez em quando”.** (C1)

“O que alivia minhas dores é um remédio que minha amiga traz do Paraguai”. (C3)

São várias tarefas envolvidas no dia a dia do cuidador, principalmente a medicação, a higiene e alimentação do idoso. Além destas tarefas, elas realizam tarefas domésticas da própria casa. O apoio é recebido por membros da família nas atividades que requerem maior esforço, como o banho e transferências, e quando podem também ajudam na esfera econômica.

Como sendo o principal provedor de cuidado ao idoso, muitas vezes elas são privadas do convívio social e, mesmo nas raras vezes que conseguem sair, não conseguem aproveitar o momento por estarem constantemente preocupadas com o bem-estar do idoso em casa: **“Eu perdi praticamente um pouco da minha vida, que era pra mim tá fazendo vestibular, faculdade”.** (C4)

Existe uma relação entre o estresse decorrente dos papéis que as mulheres exerciam (cuidadoras, mãe, esposa) sobre a expectativa otimista: a presença de estresse durante mais de um ano decresceu o otimismo²⁷. Provavelmente, por

isso, a expectativa otimista de recuperação foi encontrada somente em uma cuidadora. Esta estava cuidando de sua mãe há apenas um mês: **“Tá recuperando rápido, tenho certeza que vai ficar bem”.** (C2).

Outras relataram uma expectativa indiferente ou negativa em relação à recuperação do idoso: **“Acabou da gente não ter mais direito a comer com as próprias mão, acho que a vida da gente começa a terminar; acho que não tem mais graça”.** (C3)

Considerações finais

Os cuidadores familiares não percebem o processo de recuperação física de forma dicotomizada do cuidado realizado e suas ações estão voltadas para a recuperação ou melhora de forma integral de seus idosos.

A recuperação física parece ser o mesmo que recuperar a independência das ABVD. É ser independente e não necessitar de outra pessoa para o próprio cuidado. O acesso ao tratamento de reabilitação, como a fisioterapia, é muitas vezes penoso, uma vez que envolve a locomoção do idoso de sua residência para outro local, como clínica ou outro centro de saúde.

As dificuldades para cuidar do idoso são aumentadas devido a outras atividades que elas desempenham, como esposa, mãe e até avó, o que contribui para um comprometimento da qualidade de assistência, qualidade de vida do próprio cuidador e, portanto, uma expectativa pessimista em relação à recuperação física do idoso.

Sendo assim, torna-se fácil estabelecer um círculo vicioso: doença, incapacidade funcional, falta de tratamento para reabilitação, agravamento da doença e, conseqüentemente, aumento da carga para o sistema público de saúde e para a família. Lembrando também que este ciclo também pode ser repetido com o cuidador, uma vez que ele fica suscetível a adoecer.

Como o cuidar é um processo interativo entre o cuidador e o ser cuidado, o que afeta o cuidador, invariavelmente afeta também o idoso; por isso, medidas de apoio, como o atendimento domiciliar de serviços de saúde e melhora na capacidade funcional do idoso, podem ser tomadas com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de ambos.

As limitações deste estudo se referem ao pequeno tamanho da amostra, pacientes oriundos exclusivamente do serviço público e não pertencentes a uma amostra probabilística. Este estudo pode ser utilizado como exemplo em outras re-

giões do país, com amostras maiores tanto de idosos quanto de cuidadores do serviço público e do privado.

Pesquisas desta natureza podem ser utilizadas como uma ferramenta importante no processo de educação em saúde, pois é possível a percepção das necessidades do usuário e do seu cuidador.

Colaboradores

NEN Israel trabalhou na concepção, delineamento, interpretação dos dados e redação do artigo; OG Andrade trabalhou na metodologia e interpretação dos dados e JJV Teixeira trabalhou na revisão crítica e redação final.

Referências

1. Parahyba MI, Simões CCS. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Cien Saude Colet* 2006; 11(4):967-974.
2. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad Saude Publica* 2003; 19(3):861-866.
3. Amiralian MLT, Pinto EB, Ghirardi MIG, Lichiting I, Masini EFS, Pasqualin L. Conceituando deficiência. *Rev. Saude Publica* 2000; 34(1):97-103.
4. Siqueira AB, Cordeiro RC, Perracini MR, Ramos LR. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. *Rev. Saude Publica* 2004; 38(5):687-694.
5. World Health Organization. *Disability prevention and rehabilitation*. Geneva: WHO; 1981.
6. Machado CJ, Perpétuo IHO, Camargos MCS. Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil. *Rev. Panam. Salud Públ. / Pan Am. J. Public Health* 2005; 17(5-6):379-386.
7. Rosa TMC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev. Saude Publica* 2003; 37(1):40-48.
8. Graf C. Functional decline in hospitalized older adults. *AJN* 2006; 106(1):58-67.
9. Chaimovicz F. A saúde dos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev. Saude Publica* 1997; 31:184-200.
10. OPAS. OMS. *36ª Sesión Del subcomité de planificación y programación del comité ejecutivo. La salud y el envejecimiento*. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2002.
11. Duncan PW, Bates RZB, Choi JY, Glasberg JJ, Graham GD, Katz RC, Lamberty K, Reker D. Management of adult stroke rehabilitation care: a clinical practice guideline. *Stroke* 2005; 36:e100-e143.
12. Palmer S, Glass TA. Family function and stroke recovery: a review. *Rehabil Psychol* 2003; 48(4):255-265.

13. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad Saude Publica* 2003; 19(3):773-781.
14. McLennan M, Anderson GS, Pain K. Rehabilitation learning needs: patient and family perceptions. *Patient Educ Couns* 1996; 27:191-199.
15. Paixão Jr. CM, Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cad Saude Publica* 2005; 21(1):7-19.
16. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1998.
17. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1994.
18. Coelho Filho JM. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. *Rev Saude Pública* 200; 34:666-671.
19. Kawasaki K, Diogo MJDE. Impacto da hospitalização na independência funcional do idoso em tratamento clínico. *Acta Fisiatr* 2005; 12(2):55-60.
20. Wakefield B, Holman JH. Functional trajectories associated with hospitalization in older adults. *Western J Nurs Res* 2007; 2:161-177.
21. Andrade OG. *Cuidado ao idoso com sequela de acidente vascular cerebral: representações do cuidado familiar* [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1996.
22. Karsh UM. *Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores*. São Paulo: Educ; 1998.
23. Hager K, Nennmann U. Rehabilitation of the elderly – influence of age, sex, main diagnoses and activities of daily living (ADL) on the elderly patients' return to the previous living conditions. *Arch Gerontol Geriatr*. 1997; 25:131-139.
24. Ramos LR, Simões EJ, Albert MS. Dependence in activities of daily living and cognitive impairment strongly predicted mortality in older urban residents in Brazil: a 2-year follow-up. *JAGS* 2001; 49:1168-1175.
25. Kramer AM. Rehabilitation care and outcomes from the patient's perspective. *Med Care* 1997; 35(6).
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União* 2006; 20 out.
27. Atienza A, Stephens MAP, Townsend AL. Role stressors as predictors of changes in womens' optimistic expectations. *Pers Individ Differ* 2004; 37:471-484.

Artigo apresentado em 05/03/2008

Aprovado em 27/04/2009

Versão final apresentada em 20/05/2009