

**OCTOGENÁRIOS E CUIDADORES: PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E
CORRELAÇÃO DA VARIÁVEL QUALIDADE DE VIDA
OCTOGENARIANS AND CAREGIVERS: SOCIAL-DEMOGRAPHIC PROFILE AND
CORRELATION OF THE LIFE QUALITY VARIABLE
OCTOGENARIOS Y CUIDADORES: PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO Y CORRELACIÓN DE LA
VARIABLE CALIDAD DE VIDA**

Keika Inouye¹, Elisete Silva Pedrazzani², Sofia Cristina Iost Pavarini³

¹ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Paulo, Brasil.

² Doutora em Saúde Pública. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da UFSCar. São Paulo, Brasil.

³ Doutora em Educação. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSCar. São Paulo, Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Idoso de 80 anos ou mais. Qualidade de vida. Cuidadores. Saúde do idoso.

RESUMO: Este estudo teve como objetivo descrever o perfil de uma amostra de octogenários e seus respectivos cuidadores e correlacionar a qualidade de vida dos mesmos. Foi realizado um estudo quantitativo-descritivo, com uma amostra não-probabilística composta por 25 octogenários atendidos pelo Programa do Medicamento Excepcional de um município do interior paulista, nos meses de outubro e novembro de 2006 e seus respectivos cuidadores. As medidas de qualidade de vida foram obtidas por meio da Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de *Alzheimer*. Os dados coletados foram digitados em um banco de dados no programa *Statistical Program for Social Sciences for Windows*, para realização de análises estatísticas descritivas e correlacional de *Spearman*. O coeficiente rho encontrado nesta associação foi positivo e igual a 0,600, com nível de significância de 0,01, evidenciando a pertinência de ações que minimizem as dificuldades enfrentadas pelo cuidador como contribuinte indireto do fomento da qualidade de vida do octogenário.

KEYWORDS: Aged. Aged, 80 and over. Quality of life. Caregivers. Health of the elderly.

ABSTRACT: This paper aimed to describe the profile of octogenarians and their respective caregivers, as well as correlate their quality of life. In order to do so, a descriptive-quantitative study with a non-probability sample of 25 octogenarians ministered by the Exceptional Medicine Program and their caregivers was carried out in October and November of 2006. The life quality measures were obtained through the Quality of Life-*Alzheimer's* Disease Scale. The collected data was typed into a databank in *Statistical Program for Social Sciences for Windows* to obtain the correlation and descriptive *Spearman* analyses. The "rho" coefficient found in this association was positive and equal to 0,600, with a significance level of 0,01, evidencing pertinence of actions that minimize the difficulties faced by the care-givers as indirect contributors for the foment in the octogenarian's life quality.

PALABRAS CLAVE: Anciano. Anciano de 80 años y más. Calidad de vida. Cuidadores. Salud del anciano.

RESUMEN: El objetivo del presente estudio fue describir el perfil de una muestra de octogenarios y cuidadores, y correlacionar su calidad de vida. Para ello fue realizado un estudio cuantitativo-descriptivo con una muestra no probabilística, compuesta por 25 octogenarios (y sus cuidadores), los cuales fueron atendidos por el Programa del Medicamento Excepcional en un municipio de São Paulo, en el período de octubre a noviembre de 2006. Las medidas de calidad de vida fueron obtenidas a través de la Escala de Calid de Vida con Enfermedad *Alzheimer*. Los datos recolectados fueron digitados en un banco de datos en el *Statistical Program for Social Sciences for Windows*, analizando estadísticas descriptivas y correlacionales de *Spearman*. El coeficiente "rho" encontrado fue positivo e igual a 0,600, con significancia de 0,01, evidenciando la necesidad de acciones que disminuyan las dificultades enfrentadas por el cuidador como contribuyente indirecto para el fomento de la calidad de vida del octogenario.

Keika Inouye
Endereço: Av. Miguel Damha, nº 1000, Unidade 401
13.565-814 - Jardim Guanabara, São Carlos, SP, Brasil.
E-mail: keikain@terra.com.br

Artigo original: Pesquisa
Recebido em: 15 de outubro de 2007
Aprovação final: 29 de maio de 2008

INTRODUÇÃO

Atualmente, “o Brasil é um país que envelhece a passos largos. As alterações na dinâmica populacional são claras, inexoráveis e irreversíveis”.^{1,706} No ano 2000, a população brasileira de idosos apresentou crescimento oito vezes maior quando comparada às taxas de crescimento da população jovem, estando previsto, que em 2025, o país venha a ocupar o sexto lugar na classificação mundial em número de idosos, isto é, terá cerca de 34 milhões, chegando à marca de 15% da população total.² Em um intervalo de 25 anos – 1980 a 2005, o crescimento total da população foi de 55,3%; o referente a idosos superou 126,3%. Destaca-se, nesses números, a faixa de idade com mais de 80 anos, que apresentou um crescimento de 246,0%, refletindo a ocorrência do que denominamos como transição demográfica acelerada.³ O envelhecimento da população tem como consequência o crescimento no número de pessoas que necessitam de tratamento domiciliar e que envolvem em seu cuidado, familiares, parentes e amigos.⁴ Estudos que abordam até que ponto a dependência tem impacto sobre a Qualidade de Vida (QV) das pessoas envolvidas no processo e quais os possíveis fatores facilitadores e agravantes da situação é considerado um fator de importância crescente.⁵ Desta forma, o presente estudo teve como objetivo descrever o perfil de uma amostra de octogenários e seus respectivos cuidadores e correlacionar a qualidade de vida destes afim de responder a seguinte pergunta: a qualidade de vida do cuidador interfere na qualidade de vida do octogenário (ou vice-versa)?

Embora o cuidador familiar tenha uma importância crucial no Brasil, onde as ações do Estado são insuficientes no quadro da saúde pública,⁶ a grande maioria da população de cuidadores informais ainda se encontra sem as informações e o suporte necessário à assistência,⁷⁻⁸ o que se constitui em fator de risco para a manutenção de sua QV.

O conceito de QV é amplo e inclui uma variedade de dimensões que não se limitam às condições de saúde, controle de sintomas e intervenções médicas. Assim, além dos indicadores objetivos, devemos considerar algumas dimensões menos tangíveis, como: sentido de segurança, dignidade pessoal, oportunidades de atingir objetivos, satisfação com a vida, alegria e sentido positivo de si,⁹ sendo assim, pode-se afirmar que esta seja uma percepção eminentemente humana que abarca diversos significados deri-

vados de experiências, valores e conhecimentos individuais e coletivos.¹⁰ Embora não exista um significado consensual, pesquisadores concordam acerca do construto QV, cuja característica é: a) multidimensional, relacionando-se ao fato de que a vida compreende múltiplas dimensões, tais como social, mental, material, física, cultural, econômica, dentre outras; b) dinâmica, dada a sua característica inconstante no tempo e espaço; c) subjetiva, determinada pela importância e percepção do significado individual atribuído às experiências inter e intra-individuais.¹¹⁻¹²

Atualmente, a definição mais divulgada e conhecida é a do grupo da Organização Mundial da Saúde (OMS) que a descreve como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.¹³

Segundo a OMS, “à medida que um indivíduo envelhece, sua QV é fortemente determinada por sua habilidade de manter autonomia e independência”.¹³ Contudo, muitos autores apontam que a QV excede para muitas outras áreas, tais como a social, a psicológica e as de manejo organizacional e ambiental.¹⁴ Os princípios fundamentais de um envelhecimento bem sucedido descrevem o idoso como pró-ativo, definindo seus objetivos e lutando para alcançá-los, reunindo recursos que são úteis na adaptação à mudança e ativamente envolvidos na manutenção do bem-estar. Os modelos de QV compreendem desde a “satisfação com a vida” ou “bem-estar social” a modelos baseados em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas,¹⁵ porém com o passar dos anos nem sempre é possível manter o controle destes determinantes.

No que se refere a QV dos cuidadores familiares, muitos autores têm se dedicado a investigar os efeitos dos eventos estressores e seus impactos. Ser cuidador demanda tempo, espaço, energia, dinheiro, trabalho, paciência, carinho, esforço e boa vontade. As graduais perdas cognitivas, mudanças comportamentais, emocionais e até de personalidade do idoso exigem uma grande capacidade de adaptação para um convívio satisfatório.¹¹

Este estudo busca contribuir com informações que sirvam de fundamento para discussões e formulações de planos de ação que promovam o bem-estar do indivíduo com mais de 80 anos e seus cuidadores, numa perspectiva de curso de vida que reconhece a importância de não apenas aumentar a longevidade da população, mas

de proporcionar condições para que as últimas etapas sejam acompanhadas de satisfação e boa qualidade de vida tanto para o idoso quanto para as pessoas que o cercam.

MÉTODO

Este estudo foi realizado em um município de porte médio, situado na região central do estado de São Paulo. A coleta de dados teve duração de três meses, com início em outubro de 2006, estendendo-se até dezembro de 2006.

A investigação contou com uma amostra não-probabilística composta por 25 octogenários atendidos pelo Programa do Medicamento Excepcional (PME) de um município do interior paulista nos meses de outubro e novembro de 2006 e seus respectivos cuidadores, dispostos em dois grupos, assim denominados: Grupo de Octogenários (GO) e Grupo de Cuidadores do GO (GC).

Os critérios de elegibilidade do GO foram: ter 80 anos ou mais, ter sido atendido na rede municipal de saúde nos meses em que a pesquisadora fez levantamento nos arquivos do PME. Por meio de sorteio, selecionamos os possíveis participantes. Os 25 primeiros pares concordantes compuseram as amostras. O GC foi constituído pelos respectivos cuidadores do GO.

Para captação dos dados foram empregados diferentes instrumentos. Para avaliação sócio-demográfica e de parentesco entre os sujeitos utilizou-se a Ficha de Caracterização do Participante/Octogenário e a Ficha de Caracterização do Cuidador. Um roteiro de entrevista sobre idoso e cuidador foi empregado para obter informações sobre atividades cotidianas e de convívio social, tais como a participação em programas de apoio, tratamento psicológico e fisioterápico, Universidade Aberta à Terceira Idade, grupos de atividades físicas, clubes, oficinas de arte, oficinas de memória e grupo religioso. As perguntas voltadas ao cuidador incluíam: tempo do exercício da atividade de cuidador; carga horária como cuidador; composição familiar; disponibilidade de tempo para trabalhar, para o lazer e/ou hobbies, e prática de exercícios físicos; apoio psicológico, preparo para a função de cuidador, participação em grupo religioso e disponibilidade de auxílio na tarefa de cuidar. Em relação à classificação econômica, utilizou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) que analisa a população segundo padrões ou potenciais de consumo, por intermédio da atribuição de pontos a um conjunto de itens

de conforto doméstico e nível de escolaridade do chefe de família, dividindo a população em sete classes (A1, A2, B1, B2, C, D e E).¹⁶

Para a coleta de dados referentes à variável dependente, os sujeitos do estudo responderam a Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer (QdV-DA), instrumento traduzido, adaptado transculturalmente e validado para o Brasil para avaliação da qualidade de vida de cuidadores e idosos com Doença de Alzheimer (DA).⁵ Os 13 aspectos da escala avaliados pelo participante são: saúde física, disposição, humor, moradia, memória, família, casamento, amigos, você em geral, capacidade de fazer tarefas, capacidade de fazer atividades de lazer, dinheiro e a vida em geral. Atribui-se pontuação 1 para "ruim", 2 para "regular", 3 para "bom" e 4 para "excelente", sendo a pontuação geral mínima de 13 e a máxima de 52.⁵ A escolha do instrumento foi justificada por este ter sido elaborado tanto para idosos com alterações cognitivas e provável DA, mas também, para seus cuidadores que não necessariamente apresentam problemas de saúde ou idade superior a 60 anos, sendo assim, é adequado para qualquer pessoa. Também, visto que na população mundial, a prevalência média da DA em pessoas com idade entre 80 a 84 anos é de 16,22%, chegando a 54,83% para os indivíduos com mais de 95 anos,¹⁷ buscamos um instrumento que não excluísse nenhuma pessoa que atendesse o critério de inclusão como sujeito de pesquisa para que os resultados apontassem um perfil geral da relação entre a QV de octogenários e cuidadores.

Todos os dados coletados foram digitados em um banco de dados no programa *Statistical Program for Social Sciences*, versão 10.0, for *Windows*, para realização de análises estatísticas. Com o objetivo de: a) caracterizar o perfil dos grupos de octogenários e cuidadores segundo sexo, idade, estado civil, escolaridade, classe social, grau de parentesco e atividades cotidianas e de convívio, fizemos análises estatísticas descritivas e; b) identificar a relação entre a QV do octogenário e do cuidador, realizamos uma análise correlacional de *Spearman* baseada nos escores finais obtidos por meio do QdV-DA.

Quanto aos aspectos éticos, todas as etapas deste trabalho obedeceram às diretrizes da Resolução N° 196 de 10 de Outubro de 1996.¹⁸ A coleta de dados foi iniciada somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Protocolo N° 221/2006) e da Secretaria Municipal de Saúde do município onde os idosos eram assistidos. Todos

os participantes foram informados dos objetivos do trabalho, consultados sobre a disponibilidade em participar do estudo e assegurados do sigilo das informações individuais, assim como assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Perfil do grupo de octogenários

Dos 25 componentes do GO, 84% eram do sexo feminino e 16% eram do sexo masculino. A média das idades do grupo foi de 82,02 anos ($\pm 2,45$, $x_{\min} = 80$, $x_{\max} = 88$).

No que se refere à escolaridade, 60% eram analfabetos ou não haviam concluído o primeiro grau; 16% tinham primário completo ou ginásio incompleto; 8% ginásio completo ou colegial incompleto, 8% colegial completo ou superior incompleto e 8% tinham superior completo. Vale observar que em termos percentuais os homens tinham um maior grau de instrução quando comparados com as mulheres e que todos os que tinham curso superior completo eram do sexo masculino (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição do grau de instrução de homens e mulheres componentes do GO. São Paulo - SP, 2006.

Grau de instrução	Mulheres		Homens		Total	
	n	%	n	%	n	%
Analfabeto ou primário incompleto	14	56	1	4	15	60
Primário completo ou ginásio incompleto	3	12	1	4	4	16
Ginásio completo ou colegial incompleto	2	8	-	-	2	8
Colegial completo ou superior incompleto	2	8	-	-	2	8
Superior completo	-	-	2	8	2	8
Total	21	84	4	16	25	100

Os dados referentes à classificação econômica, revelaram que 20% dos participantes pertenciam a classe B1; 24% a B2; 36% a C; 16% a D; e 4% a E. Tal distribuição de renda encontrada no GO acompanha a média nacional e da grande São Paulo segundo a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), (Figura 1).¹⁶

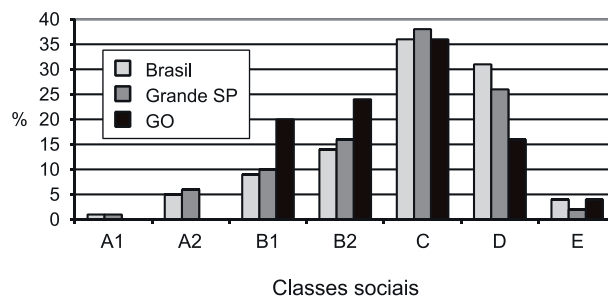


Figura 1 - Comparativo da renda mensal média do GO com a média nacional e da Grande São Paulo. São Paulo - SP, 2006.

Quanto à composição familiar, verificamos que 4% eram solteiros sem filhos; 48% eram viúvos com filhos e, 48% eram casados(as) com filhos.

No que se refere às atividades ocupacionais, a maioria 48% já trabalhou, mas no momento da entrevista, não trabalhava mais; 12% nunca trabalhou fora e 40% continuavam a ajudar em alguma tarefa doméstica.

Em relação à participação em atividades que consideravam otimizadoras da QV, 76% dos idosos afirmaram não ter nenhum acesso; 12% faziam algum exercício dirigido com o auxílio de fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional; 8% participavam de um grupo para a terceira idade; e apenas 4% (1) dispunha de tratamento psicológico.

O escore total médio deste grupo obtido por meio do QdV-DA foi de 30,12 pontos ($\pm 4,56$, $x_{\min} = 23$, $x_{\max} = 39$).

Perfil do grupo de cuidadores dos octogenários

Os componentes do GC eram predominantemente do sexo feminino (72%). Todos os cuidadores profissionais eram do sexo feminino (20%). Em 52% dos casos pesquisados, o cuidador tinha o perfil típico da literatura⁸: mulher, da família, residente no mesmo domicílio, em geral, filhas (40%) ou esposas (12%). O número de cuidadores do sexo masculino divergiu da literatura, sendo 25% maridos e 4% filhos.

O tempo médio como cuidador foi de 2,89 anos ($\pm 2,28$, $x_{\min} = 0,5$, $x_{\max} = 10$). A faixa etária média deste grupo foi de 60,32 anos ($\pm 16,32$, $x_{\min} = 39$, $x_{\max} = 89$). Dos 25 sujeitos, nove (36%) tinham 60 anos ou mais, o que mostra que pessoas idosas estão cuidando de idosos.

Quanto à composição familiar, observamos que 4% eram solteiros; 4% viúvos com filhos; 4% casados sem filhos; 12% separados e a maioria, 76% eram casados com filhos.

Em relação às atividades ocupacionais, a maioria 60%, não trabalhava fora e dizia dedicar-se apenas aos cuidados com o idoso; 20% eram cuidadoras profissionais; 12% trabalhavam apenas meio período; e 8% trabalhavam em período integral. A idade média elevada dos cuidadores ($\mu = 60,32$ anos), explica o número majoritário de participantes que já não tinham vínculo empregatício no momento da entrevista. Os cuidadores que trabalhavam em período integral eram responsáveis por idosos que mantinham relativa autonomia. Isso nos permite inferir que a perda da autonomia exige uma dedicação maior e, muitas vezes, exclusiva por parte do responsável.

Como a maioria dos cuidadores eram familiares residentes no mesmo domicílio do GO, os dados referentes à renda familiar média em reais, obtida pelo questionário Critério Brasil foram bastante próximos. O menor número de pessoas da classe B2 e um maior número na classe D se devem aos cuidadores profissionais que tinham uma renda mensal inferior à de seus contratantes. Este grupo fora constituído de 20% dos participantes provenientes da classe B1; 20% da B1; 36% da C; 20% de da D; e 4% da E. Esta distribuição, assim como o GO, acompanha a média nacional e da grande São Paulo fornecidos pela ABEP.¹⁶

Em relação a variável escolaridade, os cuidadores tinham nível de instrução baixo, mas um pouco mais elevado que o grupo de octogenários. Neste caso, um diferencial observado foi o percentual maior de mulheres com colegial completo ou nível superior completo. A descrição detalhada do grau de instrução do GC encontra-se na Tabela 2.

Quanto às práticas cotidianas, 60% dos cuidadores dedicavam pelo menos uma hora da semana para alguma atividade física, dentre elas a mais praticada era a caminhada (40%). Para melhor enfrentamento das adversidades, os cuidadores contavam principalmente com uma pessoa para dividir a tarefa de cuidar em finais de semana (48%) ou encontravam conforto e amparo na religião (20%), 4% foram capacitados para a tarefa, 4% tinham *hobbies* e 24% acreditavam não ter nenhuma estratégia de enfrentamento.

Tabela 2 - Comparativo do grau de instrução de homens e mulheres componentes do GC, São Paulo - SP, 2006.

Grau de Instrução	Mulheres		Homens		Total	
	n	%	n	%	n	%
Analfabeto ou primário incompleto	4	16	3	12	7	28
Primário completo ou ginásio incompleto	5	20	2	8	7	28
Ginásio completo ou colegial incompleto	3	12	-	-	3	12
Colegial completo ou superior incompleto	4	16	-	-	4	16
Superior completo	2	8	2	8	4	16
Total	18	72	7	28	25	100

O escore total médio deste grupo obtido por meio do QdV-DA foi de 41,08 pontos ($\pm 6,16$, $x_{\min} = 32$, $x_{\max} = 51$).

Correlação entre a QV do octogenário e do cuidador

Finalmente, para determinar se as alterações sofridas no escore total da QdV-DA do cuidador são acompanhadas por modificações no escore total dos octogenários, ou seja, para verificar se a baixa QV do cuidador acompanha à baixa QV do idoso efetuamos uma análise correlacional linear de *Spearman*.

O coeficiente "rho" encontrado nesta associação foi $r = (+) 0,600$, $p < 0,01$. O índice mostra uma relação positiva, entre moderada e forte¹⁹ e diretamente proporcional destas variáveis. Deste modo, sendo $r \neq 0$, pressupomos que a QV do cuidador interfere na do idoso. A Figura 2 comprova tal afirmação.

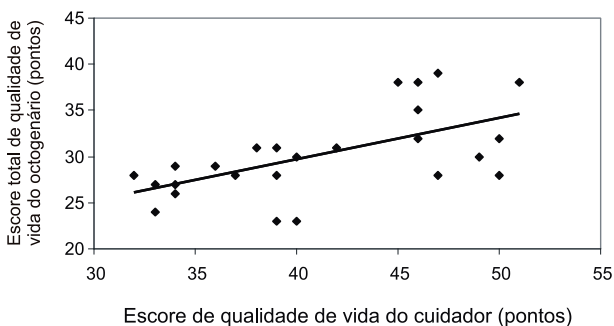


Figura 2 - Correlação entre a qualidade de vida do cuidador e do octogenário, São Paulo - SP, 2006.

DISCUSSÃO DOS DADOS

A predominância de mulheres na amostra de octogenários estudada corrobora dados nacionais do IBGE²⁰ e de outros pesquisadores acerca de idosos e octogenários,²¹⁻²³ bem como trabalhos que descrevem maior taxa de mortalidade dos homens e expectativa de vida das mulheres.²⁴

No que se refere à escolaridade, vale observar que os altos índices de analfabetismo. Os homens tinham maior nível de instrução quando comparados com as mulheres e ainda todos os que tinham curso superior completo eram do sexo masculino. Isto reflete a organização social do começo do século que bloqueou o acesso à escola aos mais pobres e às mulheres, a cultura não valorizava a educação escolar para as mulheres, que muitas vezes eram criadas para serem boas esposas, mães e donas-de-casa.²⁵⁻²⁶ Neste momento, compreendemos melhor o porquê de muitas iniciativas públicas e ações não-governamentais se voltarem à alfabetização e educação continuada de adultos e idosos,²⁷ experiências que ilustram este tipo de iniciativa são os programas denominados Universidade Aberta a Terceira Idade, Movimento de Alfabetização da Adultos e Educação de Jovens e Adultos.

Quanto ao *status* sócio-econômico, a amostra apresenta uma curva que não destoa de dados pré-existentes da população de São Paulo e brasileira,¹⁶ porém vale a observação que as classes B1 e B2 tinham um número maior de pessoas enquanto a classe D era composta com um número menor de pessoas. Este dado pode nos colocar frente a uma nova questão para investigações futuras, uma vez que os octogenários deste grupo eram todos atendidos pelo PME, seria possível que piores condições sócio-econômicas levassem o indivíduo renunciar tratamentos de saúde ainda que estes fossem gratuitos?

Um levantamento de tendências e consequências do envelhecimento populacional, apontou a carência de redes de suporte formais ao idoso.²⁸ Este dado se harmoniza com este trabalho, uma vez que os octogenários deste estudo, de forma geral, não fazem nenhum tipo de atividade física e queixam-se da falta de acesso a serviços alternativos como terapia ocupacional, fisioterapia e tratamentos psicológicos.

No que se refere ao perfil do cuidador, por causas predominantemente culturais, o papel da mulher cuidadora, no Brasil, ainda é uma atribuição esperada pela sociedade, sendo ela a principal agente social na dinâmica dos cuidados pessoais

necessários às atividades de vida diária dos idosos.¹¹ Como esperado, o grupo de cuidadores, tinha o perfil típico da literatura: mulheres, membro da família, comumente filhas ou esposas, casadas com filhos, oriundas da classe C, residente no mesmo domicílio do idoso, que se dedica exclusivamente à tarefa de cuidar.²⁹⁻³⁰ O maior estímulo otimizador para a QV citado neste estudo, a divisão da tarefa de cuidar, contido no domínio "relações sociais" da QV, também é valorizado em outro estudo de avaliação de QV de cuidadores.³¹

Numa relação diretamente proporcional, este estudo apontou que a percepção de bem-estar do octogenário acompanha a percepção do cuidador, isso nos remete para o planejamento de intervenções psicoeducacionais voltadas para ambos. O cuidador é a principal fonte de apoio para o enfrentamento das adversidades, sendo assim, o estímulo e o fortalecimento de parcerias entre cuidadores familiares e profissionais pode minimizar as dificuldades vivenciadas.

Os resultados aqui apresentados confirmam estudos anteriores, os quais mostram a heterogeneidade da população idosa. Diante disso, observa-se a importância do planejamento de políticas públicas direcionadas às necessidades da população de octogenários e seus respectivos cuidadores, além de outros estudos que possibilitem ampliar o conhecimento a respeito dessa população que se destaca por seu acelerado crescimento percentual.³

Por meio de esforços conjuntos, podemos pensar em medidas preventivas e intervenções que garantam a resignificação dos valores negativos e estereótipos associados à velhice. A investigação realizada conduz a uma proposta que considere as relações interpessoais, sendo o cuidador a primeira e mais forte instância que torna possível modelar o estilo de vida para a continuidade da identidade social do idoso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dado que merece atenção especial é a valorização da divisão da tarefa de cuidar citada pelos cuidadores como fator importante para a sua qualidade de vida. Ao se planejar programas de apoio, por que não considerar este dado? Se os laços de solidariedade não surgirem espontaneamente dentro da família, eles poderiam ser resgatados e trabalhados pela intervenção. Além do cuidador primário, seria conveniente convidar outros familiares para uma intervenção que focalizasse o compromisso, o apoio, os direitos, os deve-

res e principalmente a solidariedade e valorização daquele familiar que assumiu primariamente o nobre compromisso de cuidar.

A capacitação do cuidador é amplamente abordada na atualidade e não se pode desconsiderar o seu mérito, porém o simples suporte para o desempenho prático desta função não garante o bem-estar. A importância de se abordar as percepções do cuidador se deve a relação interdependente de sua qualidade de vida com a do octogenário apontada nos resultados deste estudo. Todos os esforços serão incompletos se não forem criadas oportunidades de resolução das dificuldades considerando todo o contexto que está por trás da tarefa de cuidar.

A constatação de que pessoas idosas estão cuidando de idosos, as limitações para a participação em programas de apoio visto a falta de um substituto para a ausência do cuidador, a dificuldade de acesso à instituição onde o programa é oferecido são elementos presentes no cenário assistencial que não podem ser omitidos. Contemplar com criatividade todos estes empecilhos constitui-se um desafio para os profissionais. Algumas possibilidades seriam oferecer programas para cuidador e octogenário no mesmo horário e instituição, a intervenção domiciliar por meio do Programa de Saúde da Família, a identificação e intervenção voltada aos potenciais cuidadores secundários e a possibilidade de que as mesmas sejam oferecidas no próprio bairro em centros comunitários ou unidades da atenção básica.

O aumento exponencial no número de octogenários no Brasil exige uma nova postura não somente por parte das políticas públicas, mas da comunidade acadêmica. Estudos que tenham as pessoas com mais de 80 anos como tema central ainda são poucos. Em 2008, ao efetuarmos uma busca na Scientific Electronic Library Online (SciELO) Brasil usando as palavras-chave "octogenário" ou "idoso de oitenta anos ou mais", encontramos apenas cinco artigos. Assim, embora este trabalho tenha algumas limitações metodológicas por se tratar de uma amostra não-probabilística com um número relativamente pequeno de sujeitos e a realidade pontual, ele tem a pretensão de apontar novas questões de pesquisa para a área de Enfermagem, Gerontologia, Psicologia e Educação.

Por fim, recomendamos investigações futuras semelhantes abordando outras localidades, com número maior de participantes, bem como explorar questões subjacentes ao processo de cuidar do idoso nas fases mais avançadas como correlações

entre a QV dos cuidadores e as características dos octogenários como o nível de autonomia para as atividades de vida diária, a competência cognitiva, os problemas psicológicos de depressão, agressividade e ansiedade, além de estudos sobre o acesso a recursos sociais e de saúde e do ambiente familiar. Os resultados de tais investigações nos permitiriam avaliar melhor como abordar e planejar programas que atendessem as carências prioritárias desta população a fim de fomentar a qualidade de vida e o bem-estar de todos os envolvidos.

REFERÊNCIAS

- 1 Veras RP. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad. Saúde Pública*. 2003 Jun; 19 (3): 705-15.
- 2 Jacob Filho W, Hojaij NHS. Avaliação clínica do idoso em estado crítico. In: Papaléo Netto M, Brito FC. *Urgências em geriatria*. São Paulo (SP): Atheneu; 2001. p.35-42.
- 3 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 2000: revisão 2004. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2004 [acesso em 2007 Abr 28]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidade-sat/topwindow.htm?1>
- 4 Green RC. Tratamento de pacientes com distúrbios mentais. In: Green RC. *Diagnóstico e tratamento da doença de Alzheimer e outras demências*. Rio de Janeiro (RJ): Ed. Publicações Científicas; 2001. p.139-66.
- 5 Novelli MMPC. Validação da escala de Qualidade de Vida para pacientes com doença de *Alzheimer* e seus respectivos cuidadores/familiares [tese]. São Paulo: USP/Programa de Pós-Graduação em Ciências; 2006.
- 6 Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. *Rev. Saúde Pública*. 1987 Jun; 21 (3): 225-33.
- 7 Cerqueira ATAR, Oliveira NIL. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicologia USP*. 2002 Jan; 13 (1): 133-50.
- 8 Garrido R, Menezes PR. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. *Rev. Saúde Pública*. 2004 Dez; 38 (6): 835-41.
- 9 Smith J. Well-being and health from age 70 to 100: findings from the Berlin Aging Study. *European Rev. Medical Pharmacological Sciences*. 2001 Oct; 9 (4): 461-77.
- 10 Dantas RAS, Sawada NO, Malerbo MB. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção

- científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. *Rev. Latino-am. Enfermagem* 2003 Jul-Ago; 11 (4): 532-8.
- 11 Neri AL. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: Neri AL, organizadora. *Qualidade de vida na idade madura*. Campinas (SP): Papirus; 2006. p.9-56.
- 12 Paschoal SMP. *Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método de impacto clínico [tese]*. São Paulo: USP/ Programa de Pós-Graduação em Ciências; 2004.
- 13 Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília (DF): OMS/OPAS; 2005.
- 14 Carneiro RS, Falcone EMO. Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. *Psicol Estudo*. 2004 Jan-Abr; 9 (1): 119-26.
- 15 Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev. Saúde Pública*. 2003 Jun; 37 (3): 364-71.
- 16 Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. *Critério de Classificação Econômica Brasil*. São Paulo (SP): ABEP; 2003. [acesso em 2005 Dez 03]. Disponível em: http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf
- 17 Lopes MA, Bottino CMC. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo: análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. *Arq. Neur. Psiquiatr*. 2002 Mar; 60 (1): 61-9.
- 18 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. *Resolução No 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Brasília (DF): MS; 1996 [acesso em 2006 Abr 12]. Disponível em: <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public>
- 19 Dancey CP, Reidy J. Análise de correlação: o r de Pearson. In: Dancey CP, Reidy J. *Estatística sem matemática para psicólogos: usando SPSS para Windows*. Porto Alegre (RS): Artmed; 2006.
- 20 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Fundação IBGE. *Censo Demográfico 2000: características da população e dos domicílios - Resultado do universo*. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2000 [acesso em 2008 Abr 23]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>
- 21 Menezes TN, Marruci MFN. Antropometria de idosos residentes em instituições geriátricas. *Rev. Saúde Pública*. 2005 Abr; 39 (2): 169-75.
- 22 Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev. Saúde Pública*. 1999 Out; 33 (5): 445-53.
- 23 Lebrão ML. O projeto SABE em São Paulo: uma visão panorâmica. In: Lebrão ML, Duarte YAO. *SABE - Saúde, bem-estar e envelhecimento - O projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2003. p. 35-43.
- 24 Duarte EC, Schneider MC, Paes-Sousa R, Silva JB, Castillo-Salgado C. Expectativa de vida ao nascer e mortalidade no Brasil em 1999: análise exploratória dos diferenciais regionais. *Rev. Panam Salud Publica*. 2002 Dec; 12 (6): 436-44.
- 25 Feliciano AB, Moraes SM, Freitas ICM. O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cad. Saúde Pública*. 2004 Nov-Dez; 20 (6):1575-85.
- 26 Menezes TN, Lopes FJM, Marucci MFN. Estudo domiciliar da população idosa de Fortaleza/CE: aspectos metodológicos e características sócio-demográficas. *Rev. Bras Epidemiol*. 2007 Jun; 10 (2): 168-71.
- 27 Debert GG. A invenção da terceira idade e a rearticulação de formas de consumo e demandas políticas. *Rev Bra Cienc Soc*. 1997 Jan; 12 (34):39-56.
- 28 Saad PM. Tendências e conseqüências do envelhecimento populacional no Brasil. In: Seade Informe demográfico. *A população idosa e o apoio familiar*. São Paulo(SP): Fundação Estadual de Análise de Dados; 1991. p.3-10.
- 29 Neri AL, Sommerhalder C. As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. In: Neri AL, organizadora. *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas (SP): Alínea; 2002. p.9-63.
- 30 Karch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad. Saúde Pública*. 2003 Jan-Jun; 19 (3): 861-66.
- 31 Paulo MG, Teixeira AR, Jotz GP, Barba MC, Bergmann RS. Avaliação da Qualidade de Vida de Cuidadores de Idosos Portadores de Deficiência Auditiva: Influência do Uso de Próteses Auditivas. *Arq. Int. Otorrinolaringol*. 2008 Jan; 12 (1):28-36.