

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM
ATENÇÃO À SAÚDE**

NILCE MARIA DE FREITAS SANTOS

**QUALIDADE DE VIDA E SOBRECARGA DE ESTRESSE DO
CUIDADOR DE IDOSO COM HISTÓRICO DE ACIDENTE
VASCULAR ENCEFÁLICO**

**UBERABA-MG
2010**

NILCE MARIA DE FREITAS SANTOS

**QUALIDADE DE VIDA E SOBRECARGA DE ESTRESSE DO
CUIDADOR DE IDOSO COM HISTÓRICO DE ACIDENTE VASCULAR
ENCEFÁLICO**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares

UBERABA-MG
2010

***Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Frei Eugênio, Universidade Federal do Triângulo
Mineiro, MG, Brasil)***

S237q Santos, Nilce Maria de Freitas, 1979-
Qualidade de vida e sobrecarga de estresse do cuidador de idoso com
histórico de acidente vascular encefálico/Nilce Maria de Freitas Santos. --
2010.
101f.; il.: tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do
Triângulo Mineiro, Uberaba, 2010.

Orientadora: Profa. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares.

1. Cuidadores. 2. Qualidade de vida. 3. Acidente Cerebral Vascular. 4.
Estresse Psicológico. I. Tavares, Darlene Mara dos Santos. II. Universidade
Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 616-053.9

NILCE MARIA DE FREITAS SANTOS

**QUALIDADE DE VIDA E SOBRECARGA DE ESTRESSE DO CUIDADOR DE
IDOSO COM HISTÓRICO DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**

Dissertação de Mestrado, apresentada à Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde. Área de concentração: Saúde e enfermagem.

Aprovada em ____ de _____ de 2010.

Prof^a. Dr^a. Darlene Mara dos Santos Tavares
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Adélia Yaeko Kyosen Nakatani
Universidade Federal de Goiás
Membro

Prof^a. Dr^a. Lislei Jorge Patrizzi
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Membro

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela presença constante em minha vida, dando-me a certeza de que eu não estava só, nos momentos em que me sentia assim.

A toda a minha família pelo apoio incondicional.

Aos meus pais, meus maiores incentivadores, pelo incentivo a nunca desistir dos meus sonhos. “Sei que às vezes perderam noites de sono preocupados com meu futuro, e através de suas renúncias feitas em meu nome, hoje conseguimos juntos mais essa vitória”.

Ao meu marido Junior, pela compreensão e companheirismo que me dedicou durante todo esse caminho.

Aos meus filhos Paulo Gustavo e Pedro Henrique por ser o motivo da minha luta.

Ao REUNI, pelo apoio financeiro.

A UFTM pela acolhida.

À bibliotecária Ana Paula Azevedo, pelo auxílio nas buscas bibliográficas e normas.

À secretária do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Maria Aparecida, que sempre me auxiliou quando necessitei.

Aos profissionais do DSIM, pelo auxílio no início da pesquisa.

A Flavia, minha amiga de todas as horas, pelo carinho e pela força.

Aos meus amigos mestrandos, pelo convívio neste período, em especial à Marina, Kelly e Karol.

A minha eterna professora de gramática Elizabeth Abreu Severino, pelo empenho na
revisão.

À professora Dra Lislei Jorge Patrizzi pelo acolhimento e contribuições.

À professora Dra Adelia Yaeko Kyosen Nakatani, por aceitar fazer parte dessa
conquista e pelas contribuições.

À Professora Doutora Leiner Resende pelas orientações e contribuições.

Ao Professor Doutor Vanderlei Haas, pelo auxílio.

À professora Doutora Darlene Mara dos Santos Tavares, que com muita dedicação,
paciência e carinho auxiliou-me em cada passo deste estudo. “Tenho o privilégio de
tê-la como exemplo e ser um fruto do seu trabalho”.

Minha eterna gratidão.

Aos cuidadores que participaram desta pesquisa, o meu obrigado por terem
contribuído com a construção do conhecimento.

*A concretização de um sonho é sempre um grande motivo para comemorações. Por
isso gostaria de agradecer a todos aqueles que ajudaram a torná-lo realidade.*

“Todos os seres humanos tem o direito que respeitem sua vida.
E só existe respeito quando a vida, além de ser mantida pode ser vivida com dignidade.”

Dalmo de Abreu Dalari

RESUMO

SANTOS, Nilce Maria de Freitas. **Qualidade de vida e sobrecarga de estresse do cuidador de idoso com histórico de acidente vascular encefálico**. 2010. 101f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2010.

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma das principais causas de incapacidade funcional entre os idosos. Esses idosos, na maioria das vezes, necessitam de um cuidador para ajudá-los na realização das suas atividades de vida diária. Devido ao cuidado em longo prazo é imposta ao cuidador uma sobrecarga que pode levá-lo a ter problemas físicos, psicológicos, sociais e financeiros, que acabam por afetar a sua qualidade de vida. Os objetivos do presente estudo foram caracterizar os cuidadores de idosos com histórico de AVE segundo as variáveis sociodemográficas, tipo e número de morbidades; mensurar a qualidade de vida e a sobrecarga de estresse do cuidador; correlacionar o número de morbidades com os escores de qualidade de vida do cuidador e o escore de sobrecarga de estresse; correlacionar os escores de qualidade de vida com o escore de sobrecarga de estresse do cuidador; verificar os fatores associados à sobrecarga de estresse e a qualidade de vida do cuidador. Trata-se de um inquérito domiciliar transversal descritivo. Foram entrevistados 46 cuidadores de idosos com AVE. Os dados foram coletados através dos instrumentos: semi-estruturado, BOMFAQ, WHOQOL-BREF e ZBI. Foi realizada a análise descritiva, correlação de Pearson e regressão linear múltipla (método Enter) ($p < 0,05$), por meio do software SPSS 17.0. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Protocolo Nº 1512. Houve prevalência de cuidadores do sexo feminino (93,5%), idade média de 55,4 anos ($DP \pm 14,17$), casados ou moram com companheiro (58,7%), com 4 a 8 anos de estudo (28,3%) e renda de 1 salário mínimo (34,8%). Apresentaram média de 4,65 morbidades ($DP \pm 2,75$), sendo mais prevalentes problemas de visão (69,6%), problemas de coluna (69,5%) e problemas para dormir (58,7%). Na análise da qualidade de vida obteve-se maiores escores nos domínios relações sociais (67,57) e físico (64,52) e, menor, no domínio meio ambiente (54,82). A sobrecarga de estresse do cuidador obteve escore de 27,22, condizente com uma moderada sobrecarga. O maior número de morbidades do cuidador correlacionou-se com os menores escores nos domínios: físico ($r = -0,556$; $p = 0,000$), psicológico ($r = -0,512$; $p = 0,000$), meio ambiente ($r = -0,365$; $p = 0,013$) e relações sociais ($r = -0,280$; $p = 0,059$). O maior escore de sobrecarga de estresse correlacionou-se com os menores escores nos domínios: físico ($r = -0,0392$; $p = 0,007$), psicológico ($r = -0,461$; $p = 0,001$), relações sociais ($r = -0,379$; $p = 0,009$) e meio ambiente ($r = -0,416$; $p = 0,004$). O número de morbidades do cuidador foi o preditor que mais contribuiu para os menores escores nos domínios físico ($\beta = -0,492$) e psicológico ($\beta = -0,429$). O maior escore de sobrecarga de estresse do cuidador foi o preditor de menor escore para o domínio de qualidade de vida relações sociais ($\beta = -0,303$). Estes dados podem fornecer subsídios para que a equipe de saúde proponha estratégias de melhoria da qualidade de vida do cuidador e por consequência melhore o cuidado oferecido aos idosos acometidos por AVE.

Palavras-chave: Cuidadores; Qualidade de vida; Acidente Cerebral Vascular; Estresse psicológico.

ABSTRACT

SANTOS, Nilce Maria de Freitas. **Quality of life and stress burden of the caregiver elderly with a history of stroke.** 2010. 101f. Dissertation (Masters in Health Care) – Federal University of Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2010.

The stroke is one of the major causes of disability among the elderly people. Those elderly in most cases require a caregiver to assist them in achieving their life activities daily. Due to the long-term care it is required from the caregiver overload that can lead him or her to have physical, psychological, social and financial problems that can affect their quality of life. The goals of this study were to characterize the caregivers of elderly with a history of stroke according to the variables demographics, type and number of morbidities; measure the quality of life and the burden of stress caregiver; correlate the number of morbidities with scores of quality of life of the caregiver and scores overload stress scores; correlate scores of quality of life with the score of stress overload caregiver; identify factors associated with overload stress and quality of life of the caregiver. It is a cross sectional household survey. There were 46 interviewed caregivers of an elderly with stroke. The data were collected through instruments: semi-structured, BOMFAQ, WHOQOL-BREF and ZBI. The descriptive analysis, Pearson correlation and multiple linear regression (Enter Method) were developed, through the software SPSS 17.0. This research was approved by the Beings Human Research Ethic Committee from Federal University of Triângulo Mineiro, Protocol N^o 1512. The prevalence of caregivers was female (93,5%), mean age 55,4 years old (DP±14,17), married or living with a partner (58,7%), with 4-8 years of education (28,3%) and income of a minimum wage (34,8%). They had a mean of 4,65 morbidities (DP±2,75), and the more frequent problems were: vision problems (69,6%), back problems (69,5%) and trouble in sleeping (58,7%). In the analysis of quality of life was obtained higher scores for social relationships (67,57) and physical (64,52) domains and lower in the environment domain (54,82). The stress burden of the caregiver obtained a score of 27,22, consistent with a moderate overload. The higher number of caregiver morbidity correlated with the lower scores in physical ($r = -0,556$; $p = 0,000$), psychological ($r = -0,512$; $p = 0,000$), environment ($r = -0,365$; $p = 0,013$) and social relationships ($r = -0,280$; $p = 0,059$) domains of the quality of life. The higher score overload stress was correlated with lower scores physical ($r = -0,0392$; $p = 0,007$), psychological ($r = -0,461$; $p = 0,001$), social relationships ($r = -0,379$; $p = 0,009$) and environment ($r = -0,416$; $p = 0,004$) domains of the quality of life. The number of morbidities was the predictor that most contributed to lower scores in the physical ($\beta = -0,492$) and psychological ($\beta = -0,424$) domains of the quality of life. The higher score overload caregiver burden was a predictor of lower scores for the domain for quality of life of social relationships ($\beta = -0,303$; $p = 0,039$). These data can provide information to the health team to propose strategies to improve the quality of life of the caregiver and consequently improve the care offered to elderly affected by stroke.

Keywords: Caregivers; Quality of life; Stroke; Stress, Psychological.

RESUMEN

SANTOS, Nilce Maria de Freitas. **Calidad de vida y la carga del estrés de los cuidadores de ancianos con antecedentes de ictus**. 2010. 101f. Dissertación (Maestría en Atención de la Salud) – Universidad Federal del Triángulo Mineiro, Uberaba (MG), 2010.

El ictus es una importante causa de la discapacidad entre los ancianos. Aquellas personas de edad avanzada, en la mayoría de los casos, obligar a un cuidador para ayudarles a alcanzar sus actividades de la vida todos los días. Debido a la atención a largo plazo se impone al cuidador sobrecarga que puede llevar a tener problemas físicos, psicológicos, sociales y financieros, que acaban de afectar a su calidad de vida. Los objetivos de lo este estudio fueron caracterizar los cuidadores de ancianos con antecedentes de ictus de acuerdo a las variables características demográficas, el tipo y número de comorbilidades, la medida de la calidad de vida y la carga de estrés de lo cuidador; correlacionar el número de morbilidades con puntuaciones de calidad de vida del cuidador y las puntuaciones de la sobrecarga de estrés, correlacionar las puntuaciones de la calidad de vida con la puntuación de sobrecarga de estrés cuidador, identificar los factores asociados con la sobrecarga el estrés y la calidad de vida del cuidador. Es una encuesta transversal de hogares seccionales. Se entrevistó a 46 cuidadores de ancianos afectados por ictus. Los datos fueron recolectados a través de instrumentos: semi-estructurado, BOMFAQ, WHOQOL-BREF y ZBI. Se realizó análisis descriptiva, la correlación Pearson y regresión lineal múltiple (método Enter) ($p < 0,05$) con el programa SPSS 17.0 software. Esta investigación fue aprobado por lo Comité Ética en La Investigación de Seres Humanos de la Universidad Federal de Triángulo Mineiro, Protocolo N ° 1512. La prevalencia de los cuidadores de mujeres (93,5%), edad media 55,4 años ($DP \pm 14,17$), casados o viven con una pareja (58,7%) con 4-8 años de educación (28,3%) y los ingresos de un salario mínimo (34,8%). Tuvo una media de 4,65 morbilidades ($DP \pm 2,75$), los problemas de la salud más frecuentes fueran visión más (69,6%) problemas de espalda (69,5%) y dificultad para dormir (58,7%). En el análisis de la calidad de vida se obtuvo puntuaciones más altas para los dominios relaciones sociales (67,57) y físico (64,52) y menor en el medio ambiente (54,82). La carga del estrés del cuidador obtenido la puntuación de 27,22, en consonancia con una sobrecarga moderada. Cuanto mayor sea el número de morbilidad del cuidador menor fueron las puntuaciones en los dominios físico ($r = -0,556$, $p = 0,000$), psicológico ($r = -0,512$, $p = 0,000$), el medio ambiente ($r = -0,365$, $p = 0,013$) y relaciones sociáis ($r = -0,280$, $p = 0,059$). Cuanto la puntuación alta de la sobrecarga de estrés puntuaciones más bajas de los dominios de calidad de vida físico ($r = -0,0392$, $p = 0,007$), psicológico ($r = -0,461$, $p = 0,001$), las relaciones socias ($r = -0,379$, $p = 0,009$) y el medio ambiente ($r = -0,416$; $p = 0,004$). El número de morbilidad del cuidador fue predictor que contribuyeron a puntuaciones más bajas el dominios físico ($\beta = -0,492$) y psicológicos ($\beta = -0,424$). El La puntuación de sobrecarga de estrés demostró ser predictiva de la puntuación de calidad de la vida inferior en el dominio de las relaciones sociales ($\beta = -0,303$). Estos datos pueden proporcionar información al equipo de atención a la salud de seguimiento

estrategias para mejorar la calidad de vida del cuidador y en consecuencia mejorar la atención ofrecida a los ancianos afectados por ictus.

Palabras-clave: Cuidadores; Calidad de vida; Accidente Cerebrovascular; Estrés psicológico

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas dos cuidadores de idosos com histórico de AVE, Uberaba-MG, 2010.....	44
Tabela 2 – Distribuição da frequência de morbidades na população estudada, Uberaba-MG, 2010.....	49
Tabela 3 – Valores de média e desvio padrão dos domínios de qualidade de vida e de sobrecarga de estresse do cuidador, Uberaba-MG, 2010.....	53
Tabela 4 – Correlação do número de morbidades com os escores de qualidade de vida e sobrecarga de estresse dos cuidadores, Uberaba, 2010.....	56
Tabela 5 – Correlação entre os escores de qualidade de vida e a sobrecarga de estresse dos cuidadores, Uberaba-MG, 2010.....	60
Tabela 6 – Análise bivariada dos escores de qualidade de vida do cuidador, Uberaba-MG, 2010.....	64
Tabela 7 – Modelo final de regressão linear dos escores de qualidade de vida do cuidador, Uberaba-MG, 2010.....	65
Tabela 8 – Análise Bivariada da sobrecarga de estresse do cuidador, Uberaba-MG, 2010.....	68

LISTA DE ABREVIATURAS

HA	.....	Hipertensão Arterial
DM	.....	Diabetes Mellitus
AVE	.....	Acidente Vascular Encefálico
AVDs	.....	Atividades de Vida Diária
OMS	.....	Organização Mundial de Saúde
CBO	.....	Classificação Brasileira de Ocupações
ZBI	.....	Zarit Burden Interview
PIB	.....	Produto Interno Bruto
DSIM	.....	Departamento de Sistemas e Métodos
HC	.....	Hospital de Clínicas
UFTM	.....	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
CID	.....	Classificação Internacional de Doenças
BOMFAQ	.....	Brazilian OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire
OARS	.....	Older Americans Resources and Services
SPSS	.....	Statistical Package for Social Sciences
TCLE	.....	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
SF-36	.....	36-Item Short Form Health Survey
SF-12	.....	12-Item Short Form Health Survey
PNSI	.....	Política Nacional de Saúde Idoso

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	20
2.1 EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO	20
2.2 ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO E O CUIDADOR.....	23
2.3 SOBRECARGA DE ESTRESSE DO CUIDADOR.....	28
2.4 QUALIDADE DE VIDA DO CUIDADOR.....	32
3 HIPOTESE	35
4 OBJETIVOS.....	36
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	37
5.1 TIPO E LOCAL DE ESTUDO	37
5.2 DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO.....	37
5.3 COLETA DE DADOS	38
5.3.1 Instrumentos de coleta de dados	38
5.4 PROCESSAMENTO DOS DADOS.....	41
5.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	41
5.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	42
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADORES DE IDOSOS COM HISTÓRICO DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	44
6.2 QUALIDADE DE VIDA E SOBRECARGA DE ESTRESSE DO CUIDADORES DE IDOSOS COM HISTÓRICO DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	52
6.3 FATORES ASSOCIADOS COM A QUALIDADE DE VIDA DO CUIDADOR.....	64

6.4 FATORES ASSOCIADOS COM A SOBRECARGA DE ESTRESSE DO CUIDADOR	68
7 CONCLUSÕES	69
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
9 REFERÊNCIAS.....	72
APÊNDICES	81
APÊNDICE 1 – IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR.....	82
APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	84
ANEXOS	85
ANEXO 1 – PROCESSO DE SELEÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL PRINCIPAL	86
ANEXO 2 – BOMFAQ	91
ANEXO 3 – INSTRUMENTO WHOQOL-BREF.....	93
ANEXO 4 – ESCALA ZARIT BURDEN INTERVIEW	97
ANEXO 5 – SINTAXE DO INSTRUMENTO WHOQOL-BREF	99
ANEXO 6 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS/UFTM	101

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional faz parte da realidade na maioria das sociedades e, projeções indicam que a população com 60 anos ou mais deverá triplicar nos próximos anos. Estima-se que, em 2050 existam cerca de dois bilhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo, 80% delas vivendo em países em desenvolvimento (UNITED NATIONS, 2006). No Brasil, a expectativa de vida que era menor de 35 anos em 1900, atingiu 43 em 1950 e 68 em 2000, podendo chegar aos 80 anos em 2025 (IBGE, 2000).

Com o processo de envelhecimento tem-se alterações fisiológicas que podem tornar o idoso mais susceptível a apresentar doenças crônicas degenerativas, em especial, a hipertensão arterial (HA), o diabetes mellitus (DM), a artrite reumatóide e o acidente vascular encefálico (AVE) (PAPALÉO NETTO, 2007).

Dentre as referidas doenças, destaca-se o AVE que é um comprometimento funcional neurológico, de origem vascular, que apresenta alta prevalência, sendo umas das causas mais comuns de disfunção neurológica que acomete a população idosa. Embora não haja dados sistematizados referentes à incidência dessa doença no Brasil, as evidências clínicas demonstram que é uma das maiores causas de incapacidades em idosos. Possui alta incidência nesta faixa etária e está associada a uma taxa de sobrevivida elevada, sendo que, aproximadamente, 90% dos sobreviventes apresentam algum tipo de deficiência (PERRACINI; FLÓ, 2009).

Todavia, a permanência dessas sequelas incapacitantes impõe aos idosos limitações motoras, sensitivas, sensoriais, de compreensão e expressão dos pensamentos. A dinâmica da vida do idoso é alterada, restringindo as suas atividades de vida diária (AVDs) e tornando-os, muitas vezes, dependentes de outras pessoas para se movimentar e agir com maior ou menor independência. Essa situação pode-se constituir numa fonte de tensão intrafamiliar. Assim é necessária a redefinição de papéis entre os membros da família, além da escolha de alguém para assumir a responsabilidade dos cuidados, emergindo a figura do cuidador (CHAGAS; MONTEIRO, 2004).

Os cuidados domiciliares são elementos fundamentais no processo de reabilitação do idoso, considerando que este período pode ser bastante prolongado. Diante disso, a família, prestadora direta de tais cuidados, necessita estar preparada

para esse fim. O núcleo familiar, entretanto, pode se desestruturar devido ao impacto da doença e, com isso, apresentar dificuldades em assistir o idoso nas restrições que o AVE impõe (CHAGAS; MONTEIRO, 2004).

O ato de cuidar é voluntário e complexo, leva em consideração sentimentos diversos e contraditórios como raiva, culpa, medo, insegurança, angústia, confusão, cansaço, estresse, tristeza, irritação e choro. Esses sentimentos podem ser simultâneos e devem ser entendidos como parte da relação entre o cuidador e a pessoa cuidada (BRASIL, 2006).

O cuidador, a longo prazo, tem sobrecarga de funções que pode levar a geração de estresse. É necessário avaliar a presença de estresse entre os cuidadores, pois pode ser fator de risco para ocorrência de situações de violência contra os idosos ou mesmo de adoecimento do próprio cuidador (BRASIL, 2006).

Devido ao nível de envolvimento nos cuidados com o idoso, o cuidador é levado a não prestar atenção nas próprias necessidades pessoais. Assim, os problemas físicos e emocionais podem ocorrer pela inobservância do próprio autocuidado. Frequentemente, os cuidadores deixam de participar das atividades sociais, apresentando mais problemas no trabalho e envolvem-se com maior frequência em conflitos familiares. Essa sobrecarga ou tensão pode acarretar problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, que acabam por afetar a qualidade de vida do cuidador (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003).

A sobrecarga de estresse pode interferir na qualidade de vida do cuidador. O termo qualidade de vida engloba diversos aspectos da vida de uma pessoa, tendo em vista a população em geral. Para ser considerada boa depende de uma série de fatores como as dimensões emocional e, principalmente, a física (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “a qualidade de vida é definida como a percepção individual da posição do indivíduo na vida, levando em consideração sua cultura e sistema de valores nos quais está inserido, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito de alcance abrangente, afetado de forma complexa por sua saúde física, psicológica e nível de independência, por suas relações sociais e com as características do seu meio ambiente” (WHOQOL GROUP, 1998, p.1570).

A promoção do bem-estar e da qualidade de vida dos cuidadores, bem como a prevenção de crises que podem ocorrer na realização de tal função, merecem, por parte dos profissionais da saúde, atenção especial. São dessas pessoas aptas a cuidar que dependem os doentes e as famílias que não tem condições financeiras de contratar o serviço especializado para realizar essa atividade (SOUSA et al., 2008).

Muitos são os motivos que levam os profissionais de saúde a estudar sobre o cuidado. Estudo que realizou meta análise de vários artigos internacionais verificou grande número de estudos realizados junto à cuidadores familiares, com o cunho de conhecê-los, bem como, as dinâmicas por eles utilizadas para suprir as suas próprias necessidades e também de quem está sendo cuidado. Embora conhecer esses estudos seja importante, não se pode esquecer que a realidade dos países nos quais eles foram desenvolvidos é bastante diversa do nosso contexto (SANTOS, 2003).

No Brasil existem várias pesquisas conduzidas com cuidadores de idosos (CALDAS, 2000; KARSH, 2003; CATTANI; GERARDON-PERLINI, 2004; GIACOMIN; UCHOA; LIMA-COSTA, 2005; GONÇALVES et al., 2006; ORSO, 2008; PAULA; ROQUE; ARAÚJO, 2008). Porém, quanto se leva em consideração o cuidador de idoso com histórico de AVE, especialmente sobre a sua qualidade de vida encontram-se poucos estudos (SOUSA et al., 2008; MAKIYAMA et al., 2004). Não foram encontrados estudos que abordam a qualidade de vida, sobrecarga de estresse e possíveis morbidades que surgiram após período exercendo essa função de cuidador.

A detecção da sobrecarga e da alteração na qualidade de vida dos cuidadores permite a intervenção dos profissionais de saúde o mais precocemente possível. É necessário identificar as suas necessidades concretas, objetivando preservar sua saúde e assim promover o seu bem estar. Apesar da alta prevalência do AVE e de todas as alterações que essa doença acarreta na vida dos cuidadores e dos idosos, a problemática do cuidador ainda é um eixo freqüentemente ignorado pela equipe de saúde. Tem-se, muitas vezes, deixado de lado os efeitos negativos trazidos para a vida do cuidador (GONZÁLES et al, 2004).

Desta forma um estudo direcionado para a avaliação da qualidade de vida e sobrecarga de estresse do cuidador de idosos com histórico de AVE e possíveis morbidades associadas contribui para identificar as mudanças na vida dessa pessoa após vir a ser um cuidador. Os resultados podem subsidiar ações voltadas diretamente aos cuidadores de modo a contribuir para a melhoria na sua qualidade de vida.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Este tópico será dividido em três partes, sendo que na primeira será abordada a epidemiologia do envelhecimento, o AVE, que se constitui em uma das principais doenças que atinge os idosos, o conceito de cuidador e seu papel junto ao idoso com histórico de AVE. Na segunda parte será enfatizada a sobrecarga de estresse do cuidadores e na terceira parte a qualidade de vida.

2.1 EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

O crescimento da população idosa tem ocorrido de forma acelerada e intensa em todo mundo nas últimas décadas. Nos países em desenvolvimento, em especial, o crescimento ocorre de forma desorganizada e sem o planejamento adequado para o atendimento da demanda dessa população (CRUZ; DIOGO, 2008).

Nos países desenvolvidos, o processo de envelhecimento populacional ocorreu de forma gradativa desde a Revolução Industrial no século XIX, fato que proporcionou a melhora das condições ambientais, de saneamento básico, moradia, educação e de saúde a essa população (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987; VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987; RAMOS; VERAS; KALACHE, 1987; PASCHOAL; FRANCO; SALLES, 2007).

No Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, esse processo ocorreu de forma acelerada, não ocorrendo tempo hábil para o país se preparar para atender as novas demandas. Destaca-se que as taxas de fecundidade e mortalidade permaneceram altas até a metade do século XX. No final da década de 40 e início dos anos 50, foram introduzidos os antibióticos, as vacinas e outras conquistas da medicina, que acabaram por ser responsáveis pela redução da mortalidade (PASCHOAL; SALLES; FRANCO, 2006; RAMOS, 2002).

Assim, a mortalidade diminuiu consideravelmente, porém, a taxa de natalidade permaneceu alta. Isto ocasionou o crescimento da população jovem e o risco de uma explosão demográfica na década de 50 (PASCHOAL; SALLES; FRANCO, 2006).

A partir de 1960 ocorreu a queda da fecundidade devido à introdução dos métodos contraceptivos e do movimento feminista, não havendo diminuição gradual como ocorreu na Europa. Desta forma, as baixas taxas de natalidade e mortalidade, geraram aumento progressivo da população idosa (PASCHOAL; SALLES; FRANCO, 2006).

Enquanto os países desenvolvidos como a França e Suécia necessitaram de 115 e 85 anos, respectivamente, para que o percentual de idosos duplicasse de 7% para 14% da população, no Brasil esse feito ocorre em, aproximadamente, 35 anos, tendo como referência os anos de 1990 a 2025 (PASCHOAL; SALLES; FRANCO, 2006).

A queda da mortalidade e da natalidade contribuíram para o aumento da expectativa de vida da população, porém, esse crescimento não foi acompanhado de melhoria das condições de vida e de saúde da população. Os avanços científicos e tecnológicos, relacionados ao meio ambiente e aos cuidados com a saúde, favoreceram a diminuição das doenças infecciosas na infância. Porém com as más condições de higiene, o baixo poder aquisitivo, o baixo grau de escolaridade e a alimentação inadequada que afetavam grande parcela da população, houve o aumento das doenças crônicas não transmissíveis nos adultos e idosos. Assim a expectativa de vida aumenta, mas sem a garantia de saúde, o que propicia a sobrevida e o envelhecimento com dependência (RAMOS, 2002).

No Brasil, a expectativa de vida ao nascer vem apresentando significativo aumento. Em 1980 era de 62,5 anos, subindo para 66,9 anos em 1991, 70,5 anos em 2000 e em 2002 para 71 anos, tornando-se um marco ultrapassar pela primeira vez a faixa etária dos 70 anos. Estima-se que a expectativa de vida dos brasileiros possa chegar aos 80 anos em 2025 (IBGE, 2000).

A OMS considera idosos, pessoas com idade igual ou superior a 65 anos em países desenvolvidos, e igual ou maior que 60 anos em países em desenvolvimento (OPAS, 2005). No Brasil, a Política Nacional do Idoso em vigência no país desde 1998, considera idosa a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2007).

No intervalo entre os censos demográficos de 1991 e 2000, enquanto a população total do país aumentou 15,65%, o percentual de idosos aumentou

35,56%, demonstrando assim um envelhecimento assustador da população brasileira (IBGE, 2000). Em 2020 o Brasil terá a população estimada em 31,8 milhões de idosos. Sendo assim chama-se a atenção para essa população específica, que entre 1950 e 2020 tende a crescer 15 vezes, enquanto a população total terá crescido, aproximadamente, cinco vezes. O Brasil ocupará a sexta colocação em número de idosos no mundo (UNITED NATIONS, 2006).

Envelhecer consiste em uma das etapas da vida, com todas as suas particularidades e limitações. O envelhecimento biológico é marcado pelo declínio progressivo das funções orgânicas do indivíduo, em que cada um tem seu próprio envelhecimento de acordo com sua história de vida e o meio em que vive (PAPALÉO NETTO, 2007).

O início do envelhecimento ainda é impreciso. Muitos estudos e teorias têm sido explorados na tentativa de descobrir a partir de quanto e como, o ser humano começa a envelhecer. Contudo, o caráter individual do processo de envelhecimento dificulta essa avaliação (PAPALÉO NETTO, 2007).

Às alterações orgânicas, funcionais e psicológicas decorrentes do envelhecimento normal dá-se o nome de senescência e às modificações determinadas por afecções que, normalmente, acometem os idosos é conhecido como senilidade. Os efeitos da senilidade podem ser acentuados pelos da senescência e vice-versa. Dessa forma, o idoso torna-se mais vulnerável às doenças crônicas, que, muitas vezes, apresentam-se concomitantemente (GUCCIONE, 2002; PAPALÉO NETTO, 2007).

As mudanças do perfil epidemiológico provocam o crescimento das doenças crônicas não transmissíveis, que reflete no aumento dos custos sociais e com tratamento, hospitalização e reabilitação. As doenças mais comuns em idosos são as cardiovasculares e as do aparelho locomotor (PAPALÉO NETTO, 2007). As cardiovasculares são as principais causas de morte no Brasil, nas diferentes regiões geográficas. Dentre as doenças crônicas não-transmissíveis destacam-se HAS, DM, artrite reumatóide e AVE. As medidas preventivas para tais doenças estão relacionadas, na maioria das vezes, com hábitos de vida ruins, como inatividade física, alimentação inadequada, uso de fumo e bebida alcoólica, entre outros. Sendo assim a prevenção torna-se tarefa difícil considerando o baixo nível socioeconômico

e o baixo grau de escolaridade da população brasileira. Quanto ao tratamento, a grande maioria das afecções que afetam o idoso não tem cura. Porém, quando se mantém aderência ao tratamento pode haver o controle da progressão das doenças (RAMOS, 2002).

O aumento das doenças crônicas não transmissíveis, predominantes no envelhecimento, pode levar a diminuição da independência do idoso, tornando-o funcionalmente incapacitado. Pode ocorrer diminuição da autonomia em diferentes intensidades e, conseqüentemente, altera a estrutura física, social e emocional. A autonomia consiste na capacidade que o ser humano tem de determinar e executar suas próprias tarefas, função essencial que proporciona liberdade de ação e decisão (PASCHOAL; FRANCO; SALLES, 2007).

Este trabalho abordará, especificamente, o AVE, por sua grande incidência na população idosa e pelas limitações na capacidade funcional que suas sequelas podem provocar. Desta forma é necessária, muitas vezes, a ajuda de outro sujeito, representada pela figura do cuidador, para a realização de suas AVDs.

2.2 AVE E O CUIDADOR

As doenças encefalovasculares são a terceira causa de morte no mundo, ficando atrás das cardiopatias e das neoplasias (HERUTI et al, 2002). A grande maioria dos sobreviventes apresenta deficiências neurológicas e incapacidades funcionais. O AVE caracteriza-se como a principal causa de incapacitação funcional no mundo ocidental, podendo tirar do indivíduo a possibilidade de independência e de comunicação (COSTA; DUARTE, 2002).

O AVE pode ocorrer em todas as idades, mas a sua incidência aumenta a partir dos 60 anos de idade e dobra a cada nova década. A idade tem sido considerada um fator prognóstico relevante para o AVE. A incapacidade decorrente do AVE é o principal problema de saúde pública em geriatria e no processo de reabilitação (FALCONER et al., 1994; HERUTI et al., 2002).

Considera-se o AVE como um déficit neurológico súbito, devido a uma lesão vascular, compreendido por complexas interações nos vasos sanguíneos, nos

elementos sanguíneos e nas variáveis hemodinâmicas. Essas alterações podem provocar obstrução de um vaso, causando isquemia pela ausência de perfusão sanguínea, conhecido como AVE isquêmico. Quando causa rompimento de um vaso e hemorragia intracraniana, é denominado de AVE hemorrágico (BRUNNER; SUDDARTH, 2006).

Quanto aos fatores de risco relacionados ao AVE, destacam-se a HA, DM, cardiopatias, dislipidemia, obesidade, tabagismo, etilismo, além de fatores genéticos e ambientais. No Brasil, a HA é um dos principais problemas de saúde pública vivenciados atualmente. A presença dessa afecção aumenta de três a quatro vezes o risco de AVE em um sujeito, seja ele isquêmico ou hemorrágico (CHAVES, 2000).

O AVE possui uma taxa de sobrevivência elevada visto que, aproximadamente, 90% dos sobreviventes permanecem com algum tipo de deficiência. Provoca alterações e deixa sequelas, muitas vezes, incapacitantes relacionadas à marcha, aos movimentos dos membros, a espasticidade, ao controle esfinteriano, à realização das AVDs, aos cuidados pessoais, à linguagem, à alimentação, à função cognitiva, à atividade sexual, à depressão, à atividade profissional, à condução de veículos e às atividades de forma intensa e global (COSTA; DUARTE, 2002).

As alterações funcionais decorrentes do AVE interferem nas AVDs, tornando os idosos dependentes, proporcionando isolamento social e depressão, desestruturando sua vida e conseqüentemente a de suas famílias (CRUZ, 2004).

O AVE é um evento que ocorre de forma abrupta na vida das pessoas e na de seus familiares provocando angústias, medos, inseguranças, mudanças significativas no ambiente domiciliar. Por isso, torna necessário o apoio emocional ao idoso e seus familiares para que o tratamento tenha maior sucesso possível. A família é fundamental na vida e no processo de reabilitação (GONZÁLES et al., 2004).

Algum membro da família passa, na maioria das vezes, a exercer a função de cuidador, pois o idoso acometido por AVE, devido às sequelas decorrentes da doença, passa a necessitar de ajuda para a realização de suas AVDs (CRUZ, 2004).

A ocupação de cuidador de idoso, segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), está no código 5162. Define o cuidador como alguém que, cuida “a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis

diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida” (BRASIL, 2010, p. 871). É o sujeito, da família ou da comunidade, que presta cuidados a outro de qualquer idade, que esteja necessitando por estar acamado, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração (BRASIL, 2008).

A função do cuidador é acompanhar e auxiliar o sujeito a se cuidar, fazendo por ele somente as atividades que não consiga realizar sozinho. Não fazem parte da rotina do cuidador o desenvolver de técnicas e procedimentos das profissões legalmente estabelecidas, particularmente, na área de enfermagem. O cuidador tem algumas tarefas estabelecidas, dentre elas, destacam-se algumas como: escutar, estar atenta e ser solidário com o idoso cuidado, ajudar nos cuidados de higiene, alimentação, locomoção, atividades físicas, estimular atividades de lazer e ocupacionais, realizar mudanças de posição na cama e na cadeira e fazer massagens de conforto. Também são tarefas do cuidador administrar as medicações, conforme a prescrição e orientação da equipe de saúde, comunicar a equipe de saúde sobre mudanças no estado de saúde e outras situações que se fizerem necessárias, para a melhoria da qualidade de vida e recuperação da saúde do sujeito cuidado (BRASIL, 2008).

O cuidador irá auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar sozinho qualquer tarefa necessária no seu dia-a-dia. Quanto maior a dependência, maior terá que ser a dedicação do cuidador que pode ser tanto informal, que é geralmente o familiar, quanto formal, que é um profissional capacitado para atender as necessidades do idoso dependente (GIACOMIN; UCHOA; COSTA-LIMA, 2005).

A relação do idoso com sua família está vinculada, dentre outros aspectos, com questões culturais. O cuidado informal - aquele que não gera um benefício financeiro - existe em todos os países do mundo, sendo exercido com maior ou menor intensidade pelos membros da família. Mesmo aqueles indivíduos que reúnem condições financeiras para arcar com uma Instituição de Longa Permanência, sentem que podem não estar tomando a decisão correta e, em alguns casos, optam por continuar convivendo com o idoso até que a situação seja realmente insustentável. É neste momento que as questões culturais que permeiam todas as classes sociais, com maior ou menor intensidade, entram na discussão. É

possível que mesmo tendo a possibilidade de passar a responsabilidade de cuidar para outros, famílias de diferentes níveis econômicos, optem por manter o idoso em casa sob seus cuidados (FERREIRA, 2007).

Basicamente, quem exerce a função de cuidador de idosos, independente da doença que venham a ter, são as mulheres. Isso pode ser motivado pelo fato de que, culturalmente, elas são responsáveis pelo cuidado da casa e da família e, de forma quase natural, acabariam assumindo o dos mais velhos, em caso de necessidade (VILELA et al., 2006; KARSH, 2003). As mulheres têm aflorado em si, intensamente, a sensação de estar em dívida e de ter que assumir esse papel. Ressalta-se que esse sentimento é desenvolvido gradativamente ao longo da vida (CATTANI; GIRANDON-PERLINI, 2004). Em relação aos maridos ou companheiros, por exemplo, depois de muitos anos de casamento, elas se sentem na obrigação de cuidar, ficam resignadas diante da situação e não desejam passar a responsabilidade para outra pessoa (GIACOMIN; UCHOA, LIMA-COSTA, 2005). É um papel visto como obrigação e não como fardo a ser carregado, mesmo que venha a ser no decorrer do tempo (HO et al., 2007).

Estudo de coorte com a população idosa conduzido em Bambuí-Mg identificou que as esposas e filhas eram as principais cuidadoras dos idosos dependentes. A pesquisa também demonstrou que a ajuda de outras pessoas, como filhos, parentes e vizinhos, não ocorria de fato. O ato de cuidar dos idosos dependentes, é entendido pelas idosas, como parte de sua tradicional função de esposa e de responsável pelas tarefas do lar (GIACOMIN; UCHOA; LIMA-COSTA; 2005).

Em quase todo o mundo, as normas sociais e familiares estabelecem que o papel de cuidador seja uma especificidade feminina. As jovens devem cuidar dos filhos, e na meia-idade e na velhice, devem cuidar dos maridos doentes, pais e sogros fragilizados (ORSO, 2008; CALDAS, 2000).

O tipo ou a intensidade do cuidado oferecido pode ser também delimitado pela religião. No Egito – país de maioria muçulmana – a religião influencia fortemente o comportamento das pessoas. O suporte aos idosos, tanto emocional quanto financeiro, está exposto no Alcorão e deve ser feito preferencialmente, pelo filho homem ou mais velho que pode ser, neste caso, de ambos os sexos (ASHOR,

1992). Chama atenção o fato da preferência pelo cuidador ser do sexo masculino, algo pouco comum na maioria das culturas. Outro exemplo é da Tailândia onde os filhos, ao ajudar financeiramente aos pais remetem a uma espécie de pagamento por tudo que os mesmos fizeram para e por eles no passado (FERREIRA, 2007).

Supõe-se, que quanto melhor o vínculo no passado e no presente, maiores são as possibilidades de gerar boa relação ao assumir a responsabilidade de cuidar (SILVEIRA; CALDAS; CARNEIRO, 2006). Nesta perspectiva, a construção do relacionamento idoso-cuidador, é importante no atual estágio da transição demográfica em que o Brasil se encontra.

Ao assumir o papel de cuidador informal, pode-se ter abalada a própria rede de relacionamento. Um exemplo é a filha que aos 30 anos assume o cuidado da mãe. Se ela não se casou, as suas chances reduzem pela falta de tempo e disponibilidade para se dedicar a um relacionamento; se ela se casou, o tempo para a família é prejudicado na medida em que o idoso precise de mais atenção. A sua vida social também é afetada, pois, aos poucos cede lugar aos problemas e necessidades do idoso (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004).

A situação torna-se mais complicada quando o cuidado é assumido por pessoas de idade avançada, como é o caso das mulheres idosas que cuidam de seus companheiros. Neste grupo, o risco de que o cuidador seja acometido também por uma doença é muito alto. Elas os auxiliam até que eles morram e, dificilmente, alguém assume o cuidado dessa mulher quando ela precisa (KARSH, 2003).

O cuidar pode durar anos e se tornar uma tarefa cada vez mais difícil, levando o cuidador a se isolar, o que muitas vezes, resulta em ter a sua saúde física e mental abalada. Existe a tendência que esta função seja exercida por apenas um membro da família, geralmente mulher, que acaba se desgastando e se cansando mais, aumentando as chances de incidência de doenças (FERREIRA, 2007).

O bem estar do cuidador influi diretamente no do idoso dependente e vice versa, portanto, é relevante que ele tenha ajuda de alguma maneira (HO et al., 2007). Estudo mostra que cuidar de idosos com problemas de saúde, tem forte impacto na saúde e nos aspectos financeiros e sociais da vida do cuidador informal (FERREIRA, 2007).

Comparando cuidadores com não cuidadores, os primeiros apresentam taxas mais altas de depressão e outros sintomas psiquiátricos, e podem ter mais problemas de saúde. Além disso, os cuidadores participam menos de atividades sociais, tem mais divergências no trabalho, e apresentam maior frequência de conflitos familiares, tendo como foco a forma como eles cuidam do parente comum (ORSO, 2008).

Cabe ressaltar, que nem sempre se pode escolher ser cuidador, principalmente quando a pessoa que precisa de ajuda é um familiar ou amigo. Diante disso, torna-se inegável a complexidade e a responsabilidade do cuidado permeado por sentimentos diversos e contraditórios (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004).

A repetitividade diária incessante da tarefa do cuidador durante anos pode tornar-se um ônus. A sobrecarga de atividades no seu cotidiano é, quase sempre, atividade solitária e sem descanso, comprometendo sua vida psíquica com repercussões físicas, levando ao isolamento afetivo e social (CALDAS, 2000).

2.3 SOBRECARGA DE ESTRESSE DO CUIDADOR

A sobrecarga do cuidador é resultante do lidar com a dependência física. A situação de doença prolongada do familiar, como o AVE, representa situação de crise geradora de estresse, constituindo ameaça ao equilíbrio do normal funcionamento pessoal, familiar e social (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003). Perante situações adversas, e na ausência de mecanismos de resolução de problemas imediatos, o cuidador fica sujeito a situação problemática, que pode conduzir a um estado de desorganização psicossocial frequentemente acompanhado de sentimentos negativos como medo, culpa e ansiedade (ZARIT, 1997)

Destacam-se os seguintes fatores estressantes relatados por cuidadores de idosos: os cuidados diretos, contínuos, intensos, e a vigilância constante; o desconhecimento ou a falta de informações para o desempenho do cuidado; a sobrecarga de trabalho, especialmente os problemas de saúde desencadeados pela

idade avançada do cuidador; a exacerbação ou o afloramento de conflitos familiares, vinculados ao trabalho solitário do cuidador e ao não reconhecimento por parte dos demais familiares; a dificuldade para adaptar as demandas da situação de cuidado aos recursos disponíveis, incluindo os financeiros, a redução das atividades sociais e profissionais, o abandono do lazer, entre outros (ORSO, 2008).

Este mal-estar e tensão não são tolerados durante período alongado de tempo, daí o indivíduo tende a adaptar novos modos de resposta para superar a crise, podendo conduzir a adaptação positiva, ou então o ajustamento não saudável com repercussões emocionais negativas (ORSO, 2008).

Existe grande variabilidade de respostas dos cuidadores perante situações de doença dos seus familiares, deixando antever a influência de diferentes variáveis psicossociais que se articulam num complexo processo multifatorial. Os indivíduos diferem muito na interpretação que fazem das situações estressantes, esta apreciação depende de um conjunto de fatores pessoais e situacionais. Os fatores pessoais integram aspectos cognitivos, motivacionais e os hábitos comportamentais. Por sua vez, os fatores situacionais são externos ao indivíduo e caracterizam a situação estressora em si, dizendo respeito ao tipo de acontecimento, seu momento cronológico, se é imutável, controlável, ambíguo ou não e se tem potencial de recidivas (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003).

O cuidador responde de forma inapropriada à situação de crise quando as suas capacidades de adaptação estão limitadas e o estresse se sobrepõe. Alguns recursos intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo podem ajudar a fazer face à situação de crise e a resolvê-la favoravelmente. Assim, o conjunto de características sociodemográficas e pessoais, como idade, sexo, renda, escolaridade e o nível de maturidade pessoal inerentes a cada um, são susceptíveis para influenciar diferentes mecanismos e estratégias de adaptação (WHITLACH et al., 2001).

Da mesma forma, os fatores hereditários podem levar a diferentes riscos e susceptibilidades. O modo como se é preparado para lidar com separações e perdas pessoais, materiais ou econômicas, a forma como se valoriza as situações, as expectativas que se tem de receber apoio, constituem importantes influências neste processo, permitindo diminuir a vulnerabilidade dos indivíduos em crise (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003).

As experiências prévias decorrentes de situações similares contribuem igualmente para a melhor resolução de outras crises, facilitando a aprendizagem de enfrentamento do estresse. Por fim, os aspectos ou características do ambiente físico e sociocultural podem também afetar as tarefas adaptativas que o cuidador e o idoso terão de enfrentar, bem como a escolha e a capacidade de utilizá-las (WHITLACH et al., 2001).

A avaliação da sobrecarga sentida pelo cuidador, o isolamento social e a deterioração do relacionamento com o familiar constituem medidas subjetivas. A sobrecarga, os sentimentos de anulação pessoal, o isolamento, a percepção de incompetência pelo desempenho do papel de cuidador e a ausência de reconhecimento de ganhos perante a situação, são também considerados estressores secundários (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003).

Existe proposto um modelo explicativo, para as emoções do cuidador, baseado em dois fatores com cargas diametralmente opostas, a sobrecarga e a satisfação. Nesse modelo o cuidador ao assumir o papel de responsável pelo bem-estar e prestação de cuidados a um familiar dependente, fica sujeito a tensão e a agentes estressores. Por outro lado, também há ganhos como a satisfação e bem-estar pelo que está proporcionando ao seu familiar (LAWTON et al., 1989).

No contexto brasileiro, pesquisa realizada no final da década de 1990, identificou aspectos positivos vivenciados pelos cuidadores. Esses aspectos relacionam-se ao crescimento pessoal, aumento do sentimento de realização, do orgulho e da habilidade para enfrentar desafios, melhora no relacionamento interpessoal, tanto com o idoso quanto com outras pessoas, aumento do significado da vida, prazer, satisfação, retribuição, satisfação consigo próprio e bem-estar com a qualidade do cuidado oferecido (SOMMERHALDER, 2001).

Contradizendo isso, estudo demonstrou que as diferentes circunstâncias do cuidado, traziam conseqüências negativas na vida e na saúde do cuidador. Contudo, ao mesmo tempo os cuidadores manifestaram suas percepções e sentimentos positivos de sensação confortadora de dignificação de suas vidas, ao assumirem este papel na família (GONÇALVES et al., 2006).

As mudanças no estado de saúde de seu familiar trazem sentimento de impotência ao cuidador que fica impossibilitado de contestar a degradação e a

evolução da doença da pessoa com quem viveu durante muito tempo. A par desta situação, surgem normalmente conflitos, condizentes a sobrecarga, que se manifesta em três grandes domínios: físico, emocional e social. Este fenómeno mostra-se complexo e multifatorial, ou seja, implica em constelação de aspectos correlacionados. A multidimensionalidade dos conceitos que integram esta problemática determina análise pormenorizada e cautelosa dos mecanismos e situações usualmente envolvidas neste processo (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT; 2003).

A dedicação contínua ao familiar que necessita de cuidados interfere na vida dos cuidadores, podendo levá-los ao estresse. Com o passar do tempo pode-se ter aumento da demanda e da sobrecarga, vivenciada por problemas ou dificuldades que comprometem o estado físico, psicológico e social do cuidador, causando prejuízo a sua qualidade de vida (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003).

O estresse tem sido estudado no âmbito saúde/doença, desde quando iniciaram pesquisas sobre a síndrome da adaptação geral, a qual caracterizou a resposta de estresse por reações fisiológicas do organismo, diante de demandas externas que prejudicam a homeostase. A partir de então, teorias psicológicas buscam entender o estresse por meio de métodos explicativos, da avaliação cognitiva e as respostas de enfrentamento, também conhecida como *coping* ou mesmo resiliência (SEIDL; TROCOLI; ZANON, 2001).

O modelo Interativo do estresse aborda a relação entre o organismo e seu meio ambiente. Sabe-se que o enfrentamento refere-se aos esforços cognitivos e comportamentais voltados para o manejo de exigências ou demanda internas ou externas, que são avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais do sujeito (SEIDL; TROCOLI; ZANON, 2001).

De maneira geral, o contexto da saúde/doença torna-se cada dia mais abrangente, trazendo fatores diversos que necessitam ser estudados para melhor análise do que é vivenciado pelo sujeito, indicando terapêutica mais adequada. Diante disso, a sobrecarga de estresse do cuidador necessita ser adequadamente compreendida, uma vez que, independente do elemento desencadeador, influenciará em elementos de ordem ocupacional, familiar, social e ambiental (SEIDL; TROCOLI; ZANON, 2001).

A sobrecarga de estresse do cuidador pode ser mensurada através da escala de Zarit Burden Interview (ZBI), que avalia a sobrecarga em cuidadores de sujeitos com doenças crônicas. É utilizada com frequência para avaliação do impacto de doenças mentais e/ou físicas em cuidadores informais (SCAZUFCA, 2002).

2.4 QUALIDADE DE VIDA DO CUIDADOR

Nos últimos anos, o cuidador informal ou familiar, vem sendo objeto de investigações no Brasil (BOCCHI; 2004; MAKIYAMA et al., 2004; PAULA; ROQUE; ARAÚJO, 2008; SOUSA et al., 2008) e no mundo (PEÑARANDA, 2006; HO et al, 2007; ASHOR, 1992), que comprovam o impacto do ato de cuidar sobre suas condições de vida e saúde. As tarefas atribuídas ao cuidador, muitas vezes sem a orientação adequada e o suporte das instituições de saúde, assim como a alteração das rotinas e o tempo despendido no cuidado podem afetar a sua qualidade de vida (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003).

O termo qualidade de vida como vem sendo aplicado na literatura médica não tem um significado único. Alguns termos como condições de saúde e funcionamento social tem sido utilizados como sinônimos de qualidade de vida (TROCÓLLI; ALBURQUEQUE, 2004).

Qualidade de vida é um conceito amplo que engloba múltiplos aspectos da existência de um sujeito, como a saúde física, o estado psicológico, capacidade funcional, nível sócio-econômico, os relacionamentos sociais, as crenças pessoais, estado de saúde, nível de satisfação e relações desses domínios com o ambiente em que vive (SOUZA et al., 2005).

Embora não exista uma definição consensual, muito se avançou na sua compreensão. O conceito começou a ser difundido após a 2ª guerra Mundial, referindo-se a conquista e posse de bens materiais: a casa própria, o carro, eletrodomésticos, um bom salário, aposentadoria. Com o passar dos anos, o conceito foi se ampliando para algo mais estrutural, como o desenvolvimento econômico, cujos indicadores eram medidos através de Produto Interno Bruto (PIB), taxa de crescimento, taxa de desemprego, entre outros (PASCHOAL, 2000).

Só posteriormente foram incorporados à avaliação da qualidade de vida indicadores que levam em conta o desenvolvimento social e não apenas o crescimento econômico, como escolaridade, taxa de mortalidade infantil, condições de vida, condições de trabalho, transporte, saneamento básico entre outros (PASCHOAL, 2000).

A partir da década de 60, começou-se a perceber que mais que inferir sobre a qualidade de vida por meio de indicadores objetivos era preciso conhecer a percepção das pessoas a respeito desses indicadores em suas vidas, constituindo a sua dimensão subjetiva (PASCHOAL, 2000). A avaliação subjetiva está relacionada ao modo como as pessoas sentem ou pensam sobre suas vidas, o valor que atribuem a determinados aspectos físicos, sociais e emocionais.

Nas últimas décadas, a qualidade de vida tornou-se um conceito amplamente difundido em diversas áreas, principalmente no meio acadêmico, através de estudos científicos relacionados à saúde. O interesse por sua avaliação também vem crescendo e muitos trabalhos têm sido realizados com esse objetivo. A grande maioria dos estudos é originária de países da Europa e dos Estados Unidos, onde diversos instrumentos foram desenvolvidos. Em uma revisão da literatura foram identificados 159 instrumentos usados em 75 artigos sobre qualidade de vida, sendo que em 11 (15%) definiam o conceito de qualidade de vida (GILL; FEINSTEIN, 1994).

Existe um consenso no que se diz respeito à dificuldade de avaliar e quantificar a qualidade de vida, uma vez que qualquer método que tenha essa finalidade será reducionista, tendo em vista a complexidade do fenômeno (TAMAKI, 2000).

Muitos pesquisadores na área da saúde entendem que a qualidade de vida é influenciada ou constituída por vários domínios e, portanto, deve ser medida por instrumentos que perguntem às pessoas sobre a sua satisfação com a vida em diferentes domínios identificados como importantes pela maioria (GILL; FEINSTEIN, 1994).

A OMS, buscando instrumento para avaliar a qualidade de vida, desenvolveu o WHOQOL-100, composto por 100 questões. Inicialmente, foi realizada revisão colaborativa internacional para estabelecer a definição de qualidade de vida que foi

distribuída entre os aspectos da vida, ou seja, facetas. Após definição, as facetas foram distribuídas nos seguintes domínios: físico, psicológico, independência, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais/religião e crenças. Finalmente, foi gerado conjunto global de questões a partir do qual as perguntas do WHOQOL-100 derivariam. O trabalho foi realizado, simultaneamente, em diferentes ambientes culturais ao redor do mundo, com a finalidade de fornecer a base transcultural para o instrumento de avaliação (WHOQOL GROUP, 1998).

Posteriormente, foi construído o WHOQOL-BREF que fornece escores resumidos para quatro domínios além de duas questões referentes à qualidade de vida global e estado de saúde geral, compondo 26 questões. Os domínios são: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Para formar cada domínio foi escolhida a pergunta mais geral de cada faceta do WHOQOL-100 (FLECK et al., 1999; POWER, 2008). Com base na análise de suas propriedades psicométricas, este instrumento apresentou boa consistência interna, validade discriminante, de conteúdo, de critério e confiabilidade teste-reteste na aplicação em população com características heterogêneas (CHACHAMOVICH; FLECK, 2008).

Neste estudo optou-se por utilizar o questionário de avaliação subjetiva de qualidade de vida, WHOQOL-BREF, por adotar um conceito multidimensional, ser validado no Brasil e ter sido construído por meio de um levantamento sobre o que as pessoas consideram importante abordar ao mensurar qualidade de vida.

3 HIPÓTESE

O aumento do escore de sobrecarga de estresse do cuidador está correlacionado à diminuição dos escores de qualidade de vida, aumento do número de morbidades do cuidador e do idoso e aumento do escore de incapacidade funcional do idoso.

4 OBJETIVOS

1. Caracterizar os cuidadores de idosos com histórico de AVE segundo as variáveis sócio-demográficas, tipo e número de morbidades.
2. Mensurar a qualidade de vida e a sobrecarga de estresse do cuidador.
3. Correlacionar o número de morbidades com os escores de qualidade de vida e de sobrecarga de estresse do cuidador.
4. Correlacionar os escores de qualidade de vida com a sobrecarga de estresse do cuidador.
5. Verificar os fatores associados à sobrecarga de estresse do cuidador e a qualidade de vida.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 TIPO E LOCAL DE ESTUDO

Trata-se de um estudo tipo inquérito domiciliar transversal, observacional, com abordagem quantitativa.

Em estudos transversais as observações e mensurações das variáveis de interesse são feitas simultaneamente, constituindo uma radiografia estática do que ocorre em um único momento. Não existe seguimento dos indivíduos neste tipo de estudo, sendo que os dados são coletados em momento pontual (PEREIRA, 1995).

Este estudo foi realizado na área urbana do município de Uberaba-MG, considerado o maior e principal centro de atendimento médico-hospitalar-odontológico do Triângulo Mineiro (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2008).

5.2 DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO

A população estudada foi composta por pessoas que exercem a função de cuidador informal principal de idosos com histórico de AVE.

Para a captação da referida população foi solicitado ao Departamento de Sistemas e Métodos (DSIM) dados de indivíduos que estiveram internados no Hospital de Clínicas (HC) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), no período de julho/2003 a dezembro/2008.

A seleção partiu da Classificação Internacional de Doenças (CID) principais: I60 (Hemorragia subaracnóidea), I61 (Hemorragia intracerebral), I62 (Outras hemorragias intracranianas não-traumáticas), I63 (Infarto cerebral) e I64 (Acidente Vascular Cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico).

Os dados solicitados ao DSIM foram: nome, endereço, telefone, data de nascimento, data da internação, evolução da alta e local de internação.

Foram encontrados 1549 registros no referido período. Destes foram selecionados os registros de indivíduos com residência na zona urbana de Uberaba-

MG e idade igual ou superior a 60 anos na data da internação. Foram excluídos os registros duplos. Após essa seleção foram encontrados 606 registros.

Os critérios de inclusão adotados foram: ser cuidador informal principal do idoso com histórico de AVE a no mínimo um ano do primeiro episódio e aceitar participar do estudo.

Para abordar e quantificar de maneira mais adequada estes cuidadores principais informais, ou seja, uma pessoa no domicílio do idoso com histórico de AVE utilizou-se de esquema que leva em consideração a posição do idoso no domicílio. No Anexo 1, apresenta-se, esquematicamente, o processo para definir o cuidador principal, de acordo com a posição do idoso no domicílio (FERREIRA, 2007).

Após a seleção dos registros, foi realizado contato telefônico com os idosos. Dos 606 idosos contatados, 174 (28,7%) haviam falecido, 123 (20,3%) disseram ser independentes e não precisar de cuidador, 60 (9,9%) idosos tinham cuidador com menos de 1 ano exercendo a função, 11 (1,8%) não consentiram em participar do estudo, 35 (5,8%) haviam sido institucionalizados, 157 (25,9%) mudaram de endereço e 46 (7,6%) atenderam aos critérios de inclusão.

5.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de abril a junho de 2010.

Para a referida coleta foi utilizada a entrevista em razão de possível dificuldade de leitura ou compreensão dos itens descritos no questionário e problemas visuais apresentados pelos cuidadores. As entrevistas foram realizadas em suas respectivas residências, sendo que todos os cuidadores moravam com o idoso.

5.3.1 Instrumentos de coleta de dados

- BONFAQ

O instrumento estruturado BOMFAQ (Brazilian OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire), adaptado do questionário OARS (Older Americans Resources and Services), traduzido e adaptado para o Brasil (RAMOS et al, 1993) foi utilizado para avaliar a capacidade funcional e as morbidades do idoso.

Trata-se de um questionário composto de 15 atividades de vida prática e diária no qual o cuidador informal principal, informou o grau de dificuldade e a necessidade de ajuda na realização de atividades de autocuidado: levantar da cama, comer, pentear o cabelo, vestir-se, tomar banho, andar no plano, subir um lance de escadas, cortar as unhas dos pés e atividades de vida prática: ir ao banheiro em tempo, preparar refeições, medicar-se na hora, fazer compras, andar perto de casa, fazer limpeza e tomar condução. O somatório de dificuldades (1 = sem dificuldade; 2 = pouca dificuldade; 3= muita dificuldade; 4 = não consegue) compôs o valor desse escore que foi interpretado como maior comprometimento quanto maior o seu valor (15 a 60 pontos).

Para avaliação das morbidades do idoso o cuidador respondeu sobre alguns problemas de saúde do idoso e se os mesmo interferem nas AVDs do idoso, foi composto um somatório do total de morbidades e um escore que varia de 26 a 78, sendo a pontuação distribuída da seguinte forma: não (1 ponto), sim e não interfere na vida diária (2 pontos), sim e interfere na vida diária (3 pontos). Quanto maior o escore maior a interferência dessa morbidade nas AVDs do idoso (RAMOS et al., 1993; RAMOS; GOIHMAN, 1989) (ANEXO 2).

- Caracterização sociodemográfica e de saúde

As variáveis sócio-demográficas, tipo e número de morbidades dos cuidadores foram avaliadas através de instrumento semi-estruturado construído pelos próprios pesquisadores.

O instrumento foi previamente testado através de estudo piloto para verificar sua adequação aos objetivos do estudo (APÊNDICE 1).

As variáveis sócio-demográficas e de saúde foram: sexo (masculino e feminino); idade em anos; estado conjugal (casado ou mora com companheiro, separado/desquitado/divorciado, viúvo e solteiro), arranjo de moradia (mora só, somente com idoso cuidado, somente com conjugue, com outros de sua geração,

com filhos, com netos, outros arranjos, não sei), escolaridade em anos completos, renda individual em salários mínimos (valor do salário mínimo: R\$510,00), tempo na função de cuidador em anos, tipo de morbidade e número de morbidades.

- WHOQOL-BREF

Na avaliação da qualidade de vida do cuidador foi utilizado o instrumento WHOQOL-BREF, versão abreviada do WHOQOL 100, composto de 26 questões, das quais as duas primeiras são genéricas. Esta versão é composta por quatro domínios: físico (dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou tratamentos e capacidade de trabalho); psicológico (sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; auto-estima; imagem corporal e aparências; sentimentos negativos; espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais); relações sociais (relações pessoais; suporte social e atividade sexual); meio ambiente (segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais; disponibilidade e qualidade; oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidade de recreação/lazer; ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima e transporte) (CHACHAMOVIC; FLECK, 2008) (ANEXO 3).

Para a aplicação do instrumento de qualidade de vida o pesquisador entrevistador teve alguns cuidados no momento da entrevista para a coleta dos dados, dentre eles não interferir na escolha das respostas, discutir questões e comentar o significado ou a escala de respostas. Quando surgiram dúvidas por parte do cuidador, o entrevistador releu a questão pausadamente, evitando dar sinônimos às perguntas. As questões do questionário de qualidade de vida foram respondidas tendo como base as duas últimas semanas de vida do cuidador. Quando o cuidador não respondeu determinada questão, foi colocado o código (99). Ao término da entrevista, foi verificado se ficou alguma questão sem resposta e se somente uma alternativa foi marcada para cada questão, retornando a entrevista quando necessário.

- Escala Zarit Burden Interview (ZBI)

Na avaliação da sobrecarga de estresse dos cuidadores foi utilizada a Escala ZBI, desenvolvida por Zarit, Reever & Back-Peterson em 1980 e validada no Brasil (SCAZUFCA, 2002). Trata-se de uma escala de enfrentamento, administrada aos cuidadores, composta por 22 itens. Propõe avaliar o impacto percebido no ato de cuidar sobre a saúde física e emocional, atividades sociais e condição financeira (ZARIT, 1997). As alternativas de respostas são: nunca=0, raramente=1. Algumas vezes=2, frequentemente=3, ou sempre=4. Os escores podem variar tendo de 0-88.

Por meio dessa escala tem-se a possibilidade de obter o nível de sobrecarga que varia de pequena com escore de até 20 (vinte) pontos, moderada de 21 (vinte e um) a 40 (quarenta) pontos, moderada a severa de 41 (quarenta e um) a 60 (sessenta) pontos e sobrecarga severa quando se obtém acima de 61 (sessenta e um) pontos (ANEXO 4).

5.4 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Foi construída planilha eletrônica para armazenamento dos dados, através do programa Excel®. Os dados coletados foram digitados com dupla entrada, para posterior verificação da existência de inconsistência. Quando houve diferenças, o pesquisador buscou a entrevista original para as devidas correções.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados armazenados na planilha do Excel® foram transportados para o programa estatístico “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS) versão 17.0.

Para o objetivo 1 e 2 foi realizada análise descritiva por meio de freqüências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e medidas de tendência central (média) e de variabilidade (desvio padrão) para as numéricas.

O instrumento de qualidade de vida WHOQOL-BREF foi consolidado em sua respectiva sintaxe (ANEXO 5).

Para responder aos objetivos 3 e 4 foram construídos diagramas de dispersão no intuito de verificar a distribuição dos dados e a presença dos valores atípicos; foi utilizado o teste de correlação de Pearson. A intensidade da correlação de Pearson foi interpretada como: perfeita positiva ($r=1$), forte positiva ($0,8 \leq r < 1$), moderada positiva ($0,5 \leq r < 0,8$), fraca positiva ($0,1 \leq r < 0,5$), ínfima positiva ($0 < r < 0,1$), nula ($= 0$), ínfima negativa ($-0,1 < r < 0$), fraca negativa ($-0,5 < r \leq -0,1$), moderada negativa ($-0,8 < r \leq -0,5$), forte negativa ($-1 < r \leq -0,8$), perfeita negativa ($r= -1$) (SANTOS, 2007). Os resultados foram considerados significativos quando $p < 0,05$.

Para o objetivo 5 foi realizada a análise bivariada preliminar utilizando o teste de correlação de Pearson. A intensidade das correlações foi interpretada conforme descrito no objetivo 4. Os testes foram considerados significativos quando $p < 0,10$.

Foram incluídos no modelo de regressão linear múltipla (método Enter), apenas as variáveis que atenderam ao critério acima ($p < 0,10$). Para verificação dos fatores associados à sobrecarga de estresse do cuidador (variável dependente) foram consideradas variáveis independentes o número de morbidades do cuidador, o número de morbidades do idoso e o escore de incapacidade funcional do idoso. Para verificação dos fatores associados à qualidade de vida (variável dependente) foram consideradas variáveis independentes o número de morbidades do cuidador, o número de morbidades do idoso, o escore de incapacidade funcional do idoso e o escore de sobrecarga de estresse do cuidador. Os testes foram considerados significativos quando $p < 0,05$.

É preciso salientar que os valores de p foram interpretados supondo-se que esta casuística constitui em uma amostra aleatória simples de uma população com características similares.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, obedecendo aos critérios da Resolução nº 196/96, e foi aprovado através do protocolo N°1512 (ANEXO 6). Para a realização das entrevistas os participantes foram contatados previamente e antes do início o

entrevistador apresentou os objetivos do estudo e solicitou a assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) (APÊNDICE 2). Somente após a anuência do entrevistado e assinatura do referido Termo, a entrevista foi iniciada.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADORES DE IDOSOS COM HISTÓRICO DE AVE

Na Tabela 1, a seguir, encontram-se as características sociodemográficas da população estudada.

Tabela 1- Distribuição de freqüência das variáveis sociodemográficas dos cuidadores de idosos com histórico de AVE. Uberaba-MG, 2010.

Variáveis		N	%
Sexo	Feminino	43	93,5
	Masculino	03	6,5
Estado conjugal	Casado ou mora com companheiro	27	58,7
	Separado/Desquitado/Divorciado	03	6,5
	Viúvo	04	8,7
	Solteiro	12	26,1
Arranjo de moradia	Mora só	03	6,5
	Somente com o idoso cuidado	04	8,7
	Cônjuge	04	8,7
	Outros de sua geração (com/sem cônjuge)	04	8,7
	Filhos (com/sem cônjuge)	21	45,7
	Netos (com/sem cônjuge)	03	6,5
	Outros arranjos	07	15,2
Escolaridade (em anos)	Sem escolaridade	05	10,9
	1 | 4	09	19,6
	4 | 8	13	28,3
	8	08	17,4
	9 | 11	03	6,5
	11 e mais	08	17,4
Renda (em salários mínimos) *	Sem renda	14	30,4
	< 1	05	10,9
	1	16	34,8
	1-|3	09	19,6
	3-|5	02	4,3

*Salário Mínimo = R\$ 510,00

Dentre os cuidadores de idosos com AVE a maioria era do sexo feminino (93,5%), Tabela 1. Resultado este que corrobora com estudos realizados tanto a nível nacional (ORSO, 2008; PERLINI; FARO, 2005; MAKIYAMA et al. 2004; ANDRADE et al., 2009; FONSECA; PENNA, 2008), quanto internacional (MARCO et al., 2010; MORIMOTO; SCHREINER; ASANO, 2003), no que se refere aos maiores percentuais serem de mulheres cuidadoras.

Mesmo com a inserção da mulher no mercado de trabalho o resultado encontrado no presente estudo reforça o papel social da mulher, historicamente determinado, de cuidadora principal. Em geral, são as mulheres que assumem o cuidado e esse papel é visto como natural, pois está inscrito socialmente no papel de mãe. Cuidar dos familiares idosos, portanto, é mais um dos papéis que a mulher assume na esfera doméstica (VILELA et al., 2006; KARSH, 2003).

A equipe de saúde deve estar atenta a este dado, promovendo a saúde das cuidadoras. O cuidar do outro pode levar a mulher a descuidar da própria saúde. Estudo realizado em Minas Gerais verificou que a atividade do cuidado no domicílio potencializa as causas dos desgastes que sofrem as cuidadoras que, muitas vezes, não procuram tratamento de saúde oportuno e adequado (RATES, 2007).

A média de idade foi de 55,4 anos ($DP \pm 14,17$). Resultados semelhantes foram encontrados em estudos realizados em São Paulo (56,72; $DP \pm 15,35$), (MAKIYAMA et al., 2004), Salvador (54 anos) (FONSECA; PENNA, 2008) e Israel (54,9; $DP \pm 15,23$) (ZOHAR; GREENBERGER; BACHNER, 2009).

Observa-se que os cuidadores são na sua maioria de meia idade, porque está culturalmente implícito em nossa sociedade que cabe aos filhos e aos conjugues cuidar dos idosos (NERI; CARVALHO, 2002). Nesta faixa etária, as mulheres já tem os filhos criados e quase sempre estão deixando de trabalhar fora, o que as coloca como mais aptas para desempenhar o cuidado aos idosos com histórico de AVE (SILVERSTEIN; LITWAK, 1993).

Sabe-se que o cuidador pode se deparar com sentimentos contraditórios que podem ser negativos como: angústia, solidão, tensão, tristeza, afastamento da vida social; ou positivos: proximidade afetiva com o idoso, crescimento pessoal e autossatisfação (RICARTE, 2009). Nesse contexto, merecem atenção as expectativas das mulheres, uma vez que trabalharam a vida toda e ao se aposentar

gostariam de usufruir do sossego do lar ou realizar determinadas atividades que sempre quiseram e não tiveram oportunidade. Os vários papéis desempenhados ao longo da vida com o trabalho, o cuidado dos filhos pequenos e do marido, além dos afazeres domésticos não permitiram e, nesta etapa da vida, se depara com a necessidade de cuidar de um idoso dependente, postergando novamente os seus sonhos. Por outro lado, essa mulher pode sentir-se confortável e realizada com essa situação, tendo em vista que a aposentadoria trazia o sentimento de inutilidade.

O cuidador deve ser encorajado a entender os próprios sentimentos e aceitá-los, com um processo normal de crescimento pessoal, podendo ser este o primeiro passo para a manutenção de uma boa qualidade de vida.

A maioria dos cuidadores é casado (a) ou mora com companheiro (a) (58,7%), Tabela 1. Percentuais superiores foram encontrados em estudos realizados em Portugal (70,5%) (RICARTE, 2009), São Paulo (74,3%) (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008) e Rio Grande do Sul (62,2%) (PERLINI; FARO, 2005). Já no Ceará os resultados são semelhantes a presente investigação (50%) (SOUZA et al, 2009).

Na maioria das vezes, os cônjugues assumem o cuidado do companheiro, movidos principalmente por uma obrigação matrimonial, pelo projeto de vida comum assumido pelo casamento e o compromisso de estar junto na saúde e na doença (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004).

Quando se tem um cônjuge acometido pelo AVE, a vida do casal se transforma, são experimentados sentimentos de solidão, perda do companheiro nas atividades sociais entre outros. A situação fica ainda mais desafiadora quando o cuidado é assumido por mulheres idosas, pois se tem um risco maior das mesmas ser acometidas por uma doença. As esposas auxiliam os maridos até que eles morram e dificilmente alguém irá assumir o cuidado dessa mulher quando ela precisar (KARSH, 2003).

Considerando o arranjo de moradia, observou-se prevalência de cuidadores que moram com filhos com ou sem o conjugue (45,7%), Tabela 1. Esse dado nos remete as jornadas duplas ou triplas exercida pelas mulheres, que além da função de cuidadora, tem que cuidar dos filhos, da casa, e em muitas situações ainda trabalham fora.

As doenças psiquiátricas, em especial, a depressão e a ansiedade ocorrem na maioria das vezes na meia-idade e na vida adulta. Além disso, as mulheres têm probabilidade duas vezes mais alta de sofrer desses distúrbios em relação aos homens (NERI, 2006).

Cabe ressaltar que neste estudo o cuidador de idosos com AVE caracterizou-se, na sua maioria, de mulheres de meia-idade. Dessa forma, a tendência a doenças psiquiátricas, depressão e ansiedade podem acentuar-se, quando associadas à necessidade de prestar um cuidado, de uma forma mais intensa e duradoura a um familiar dependente (NERI, 2006).

Concernente à escolaridade, foi observado que 28,3% tinham 4-8 anos de estudo seguido por 1-4 (19,6%), Tabela 1. Resultado semelhante ao obtido em pesquisas conduzidas no Rio Grande do Sul em que 37,1% dos cuidadores possuíam de 3-8 anos de estudo e em Portugal que 34,5% tinham 4 anos de estudo (PERLINI, FARO, 2005; RICARTE, 2009). Resultado divergente foi encontrado em outro estudo realizado no Rio Grande do Sul, ou seja, 48,9% dos cuidadores de idosos dependentes possuíam 11 anos de estudo (ORSO, 2008).

É importante conhecer a escolaridade dos cuidadores, pois são eles que recebem as informações e orientações da equipe de saúde. Ressalta-se que a compreensão efetiva das ações educativas em saúde guarda relação com a capacidade de aprendizagem das pessoas. Desta forma a baixa escolaridade interfere, direta ou indiretamente, na prestação de cuidados aos idosos. O não entendimento da proposta terapêutica pode comprometer a qualidade do serviço prestado, pois o cuidador necessita seguir dietas, prescrições e manusear medicamentos entre outras funções (NAKATANI et al., 2003).

Entretanto, mudar esta realidade não é tarefa fácil, mas o seu reconhecimento fornece subsídios para os profissionais de saúde elaborar estratégias para superar as dificuldades encontradas. A equipe de saúde pode auxiliar o cuidador, acompanhando suas atividades, identificando suas necessidades de aprendizagem, desenvolvendo educação em saúde e ajudando na prevenção de erros.

Concernente a renda, 34,8% recebe um salário mínimo e 30,4% não possui renda, Tabela 1. Média inferior (0,78 salário mínimo) foi obtida em pesquisa

conduzida com cuidadores de idosos dependentes (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008).

A maioria dos cuidadores (63%) tem renda proveniente de outras fontes, que não de aposentadoria e de salário como cuidador. Dentre esses, 51,2% tem renda proveniente de outro tipo de trabalho. Isto denota que há um acúmulo de atividades, pois além de trabalhar em outra atividade, o cuidador desenvolve no domicílio o cuidado ao idoso com AVE.

Por outro lado a estabilidade financeira é considerada uma necessidade para todos. Estudos demonstram que existe um impacto entre a doença e a estabilidade financeira. A presença de um familiar com doença crônica acarreta profundas limitações econômicas à família. Essa limitação deve-se ao fato de a doença crônica implicar no uso contínuo de medicações, os quais nem sempre estão disponíveis nos serviços públicos de saúde. Além disso, pode haver redução na renda familiar, pois exercer a função de cuidador, às vezes, exige o abandono do emprego formal (BOCCHI, 2004; MARCON et al., 2004).

O tempo médio como cuidador foi de 3,2 anos ($DP \pm 1,408$). Resultado superior ao encontrado em investigação realizada em Fortaleza (2,3 anos) (FONSECA; PENNA, 2008). O tempo como cuidador indica o caráter crônico da doença. Há evidência que quanto maior o tempo como cuidador menor as suas queixas psíquicas, ou seja, o tempo é visto como fator de proteção. Observa-se que ocorre uma adaptação, frente as situações desafiadoras, por parte do cuidador (GARCIA et al, 2005).

Estudo conduzido na Alemanha, que verificou a satisfação com a vida, de esposas cuidadoras, antes de 4 meses e entre 4 meses e 1 ano após o AVE do marido, verificou que na primeira avaliação elas relataram que sua vida como um todo, incluindo lazer, vida sexual, relações sociais, e situação ocupacional havia sido comprometida com a morbidade do companheiro. Porém na segunda avaliação houve uma adaptação à situação, sendo que não se observou diferença significativa nos domínios avaliados (FORSBERG-WÄRLEBY; MÖLLER; BLOMSTRAND, 2004).

Os cuidadores apresentaram em média 4,65 morbidades ($DP \pm 2,75$), sendo prevalentes os problemas de visão (69,6%), problemas de coluna (69,5%), problemas para dormir (58,7%), HA (37%) e problemas de circulação (37%).

Resultado diferente foi encontrado em estudo com cuidadores de idosos dependentes do interior do Rio Grande do Sul. A maior prevalência de doenças relatadas foi a HA (16,6%), a depressão (13,8%) e os problemas de coração (13,8%) (ORSO, 2008).

Estudo verificou que os cuidadores são propensos às doenças crônicas, no entanto, como o diagnóstico é tardio reverte-se em uma das principais causa de incapacidade e dependência. O diagnóstico geralmente é realizado quando surgem as complicações relacionadas a essas doenças, após alterações do estado emocional e sobrecarga vivenciada pelos cuidadores (MEDEIROS; FERRAZ; QUARESMA, 1998).

Na Tabela 2, a seguir, apresenta-se a distribuição das morbidades na população estudada.

Tabela 2- Distribuição da freqüência de morbidades na população estudada antes e após ser cuidador, Uberaba, 2010.

Problemas de Saúde	Não		Sim				Ignorado	
			Antes de ser cuidador		Depois de ser cuidador			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Reumatismo	36	78,2	5	10,9	-	-	5	10,9
Artrite/Artrose	29	63,0	7	15,2	3	6,5	7	15,3
Osteoporose	35	76,1	3	6,5	4	8,7	4	8,7
Asma/Bronquite	41	89,1	5	10,9	-	-	-	-
Tuberculose	46	100,0	-	-	-	-	-	-
Embolia	46	100,0	-	-	-	-	-	-
Hipertensão arterial	29	63,0	10	21,7	7	15,3	-	-
Problemas de circulação (varizes)	29	63,0	14	30,5	3	6,5	-	-
Problemas cardíacos	36	78,2	5	10,9	1	2,2	4	8,7
Diabetes	41	89,1	2	4,3	2	4,3	1	2,2
Obesidade	43	93,5	2	4,3	-	-	1	2,2
Derrame	46	100,0	-	-	-	-	-	-
Parkinson	46	100,0	-	-	-	-	-	-
Incontinência urinária	45	97,8	1	2,2	-	-	-	-
Incontinência fecal	46	100,0	-	-	-	-	-	-
Prisão de ventre	35	76,1	8	17,4	3	6,5	-	-
Problemas para dormir	19	41,3	12	26,1	15	32,6	-	-
Catarata	43	93,5	2	4,3	1	2,2	-	-
Glaucoma	44	95,7	1	2,2	1	2,2	-	-
Problemas de coluna	14	30,4	18	39,2	14	30,4	-	-
Problema renal	43	93,5	2	4,3	1	2,2	-	-
Sequela acidente/trauma	43	93,5	3	6,5	-	-	-	-
Tumores malignos	45	97,8	-	-	-	-	1	2,2

Tabela 2- Distribuição da freqüência de morbididades na população estudada antes e após ser cuidador, Uberaba, 2010. (Continuação)

Tumores benignos	44	95,7	2	4,3	-	-	-	-
Problemas de visão	14	30,4	27	58,7	5	10,9	-	-
Outros	24	52,2	12	26,1	10	21,7	-	-

Observou-se que 58,7% dos cuidadores autorreferiram problemas de visão antes de ser cuidador, havendo um aumento de 10,9% após exercerem esta atividade, Tabela 2. No Rio Grande do Sul, 2,7% dos cuidadores de idosos dependentes, relataram problemas de visão, resultado inferior ao encontrado no presente estudo (ORSO, 2008).

Os problemas de visão são comuns na população em geral, estudo realizado com sujeitos de todas as faixas etárias obteve que 37,4% apresentavam baixa acuidade visual (VARGAS; RODRIGUES, 2010). Porém, o cuidar pode ser comprometido pela visão diminuída. Destaca-se que uma boa visão possibilita o pleno desenvolvimento das potencialidades intelectuais e laborais humanas (VARGAS; RODRIGUES, 2010).

Referente aos problemas de coluna, 39,2% dos cuidadores relatou possuí-los antes e 30,4% após vir a ser cuidador, Tabela 2. Resultado semelhante foi obtido em investigação realizada em São Paulo. A presença de dor intensa foi referida por 45,4% dos cuidadores, dos quais 32,7% referiram como localidade a coluna (AMENDOLA, 2007). Já em Fortaleza, 62,5% dos cuidadores informais autorreferiram lombalgia e dor nos membros inferiores (SOUZA et al., 2009). Resultado superior foi encontrado no interior de São Paulo, sendo que 75% dos cuidadores possuíam problemas na coluna (MARQUES, 2000).

A equipe de saúde deve investigar, junto aos cuidadores, se os problemas de coluna são decorrentes do esforço físico necessário para algumas das atividades do cuidado. A partir dessa investigação pode intervir na prevenção das doenças ocupacionais e até mesmo agravos de doenças preexistentes, através da promoção da saúde. Pode-se, ainda, incluir na educação em saúde noções de ergonomia com a finalidade de minimizar os problemas de coluna oriundos de posturas inadequadas, técnica de cuidado incorreta e mobiliário impróprio.

Concernente aos problemas para dormir, foi autorreferido por 32,6% dos cuidadores que começaram a tê-lo depois de exercer a função, e 26,1% antes. Os cuidadores podem vir a ter problemas para dormir devido à preocupação e sobrecarga psicológica que lhes é imposta, assim como pelos cuidados noturnos que o idoso necessita. Estudo mostrou que as atividades de cuidado, como levar o idoso ao banheiro e administrar medicamentos interrompem o sono do cuidador, causando-lhe irritabilidade e dificultando a realização de outras atividades que são remuneradas (RATES, 2007). Na Bahia, 50% dos cuidadores de idosos com AVE relataram problemas para dormir e, justificaram o problema devido a interrupção do sono para prestar cuidados, e também a preocupação de que algo possa acontecer durante a noite. Foi exposto por eles que sentiam muito sono durante o dia e que as noites mal dormidas aliadas ao cansaço gerado pelas atividades justificariam esse fato (FONSECA; PENNA; SOARES, 2008).

A HA foi autorreferida por 37% dos cuidadores, sendo que 21,7% já tinham a morbidade antes de ser cuidador e 15,3% a desenvolveu depois, Tabela 2. Na Bahia, 20% dos cuidadores autorreferiam HA e enfatizaram que o problema de saúde era devido às atividades e responsabilidades assumidas após terem se tornado cuidadores (FONSECA, PENNA, SOARES; 2008). No interior de São Paulo, 12,5% dos cuidadores também relataram esta morbidade (MARQUES, 2000) e no Rio Grande do Sul foi a mais referida pelos cuidadores (16,6%) (ORSO, 2008).

Levando em consideração os problemas de circulação, 30,5% dos cuidadores autorreferiram-no antes de ser cuidador e 6,5% após, Tabela 2. Em pesquisa realizada em São Paulo, 46% dos cuidadores apresentaram doenças do aparelho circulatório, resultado concordante com o presente estudo (AMENDOLA, 2007). Já no interior de São Paulo, 50% dos cuidadores relatam problemas de circulação (MARQUES, 2000). Resultado inferior foi encontrado no Rio Grande do Sul, em que 2,2% dos cuidadores de idosos dependentes afirmaram ter o problema (ORSO, 2008).

É sabido que a sobrecarga física, emocional e socioeconômica do cuidado a um familiar é imensa, complexa e exige muito do cuidador, e que pode, de certa maneira, colaborar para o aparecimento ou agravamento de doenças. Deve-se considerar ainda, que o cuidador de idoso também é um ser que envelhece. Sendo

assim, está sujeito aos fatores que levam o indivíduo ao final de sua vida com qualidade ou dependência, segundo a forma como se somam as condições físicas, psicológicas e sociais nas quais estamos inseridos (CALDAS, 2000; SOUZA et al., 2005).

Uma forma de reduzir os efeitos do cuidado intenso é a existência de um apoio por parte de outras pessoas que possam aliviar a sobrecarga imposta sobre um único indivíduo. O cuidador, na maioria das vezes mulher, poderá continuar a ser a cuidadora principal sendo responsável pela maioria das decisões, mas passará a ter algum tipo de auxílio.

6.2 QUALIDADE DE VIDA E SOBRECARGA DE ESTRESSE DOS CUIDADORES DE IDOSOS COM HISTÓRICO DE AVE

A autoavaliação da qualidade de vida foi considerada pelos cuidadores como boa (50%); nem ruim, nem boa (37%); muito ruim (6.5%) e muito boa (6.5%). Inquérito obteve resultado semelhante, sendo que 39.4% autorreferiram boa qualidade de vida e 37,8% nem ruim nem boa (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008).

Quanto a autoavaliação dos cuidadores em relação à satisfação com a sua saúde, 41,2% disseram estar satisfeitos, 19,6% insatisfeitos, 19,6% muito satisfeitos, 13% nem satisfeitos, nem insatisfeitos e 6,5% muito insatisfeitos. Resultado divergente foi encontrado em investigação, em que 47% dos cuidadores de idosos dependente disseram estar satisfeitos com a sua saúde e 31,8% nem satisfeitos nem insatisfeitos (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008). Autoavaliação da saúde foi considerada como boa (51,1%), em estudo realizado no interior do Rio Grande do Sul (ORSO, 2008).

Na Tabela 3, a seguir, constam os escores dos domínios de qualidade de vida e de sobrecarga de estresse do cuidador.

Tabela 3 - Valores da média e desvio padrão dos domínios de qualidade de vida e da sobrecarga de estresse do cuidador, Uberaba, 2010.

	<i>Média</i>	<i>Desvio padrão</i>
Domínios de qualidade de vida		
Físico	64,52	1,82
Psicológico	56,34	1,26
Relações Sociais	67,57	1,65
Meio Ambiente	54,82	1,49
Total	63,04	2,12
Sobrecarga de estresse		
Escore total	27,22	14,62

A análise da qualidade de vida, mensurada pelo WHOQOL-BREF, apresentou maiores escores nos domínios: relações sociais (67,57) e físico (64,52), Tabela 3. Resultado que corrobora com estudo realizado com cuidadores de idosos dependentes, que obteve maiores escores nos domínios relações sociais (60,85) e físico (66,72) (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008). No Rio Grande do Sul, foram obtidos maiores escores nos domínio físico (68,5) e relações sociais (62,4), resultado semelhante ao presente estudo, porém com inversão dos domínios (ORSO, 2008)

Investigação que utilizou o instrumento SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey) na avaliação da qualidade de vida dos cuidadores de idosos com AVE obteve resultado semelhante, o maior escore foi, também, no domínio aspectos sociais (64,53) (MAKIYAMA et al., 2004).

O domínio das relações sociais avalia aspectos relacionados às relações pessoais, apoio e suporte social e atividade sexual (FLECK et al., 2000). Assumir o cuidado de um idoso com AVE sozinho não é uma tarefa fácil, pois os cuidadores passam por uma diversidade de sentimentos, além de agregar novas atividades a sua rotina habitual. Nesse contexto, merece destaque o apoio do suporte social, que se refere às relações interpessoais, grupais ou comunitárias que oferecem ao indivíduo sentimento de proteção e apoio conseguindo propiciar bem-estar psicológico e redução do estresse (CAMPOS, 2005).

Apesar das possíveis mudanças ocorridas na vida das pessoas ao se tornar cuidador, eles sentem que o apoio dos familiares e dos amigos impactam de forma positiva na sua qualidade de vida. Neste contexto, os profissionais de saúde podem identificar na comunidade as potencialidades do suporte social, no intuito de contribuir com a melhora da qualidade de vida dos cuidadores de idosos com AVE.

Quanto ao domínio físico, os aspectos avaliados englobam aqueles relacionados à dor, satisfação com a mobilidade, a capacidade para desempenhar as atividades do dia-a-dia e o trabalho além de questões ligadas à dependência de tratamentos medicamentosos na vida diária (FLECK et al., 2000). Esperava-se que este domínio estivesse, de certa forma, comprometido tendo em vista que os cuidadores possuem, em média, quatro morbidades. No entanto, as questões relativas a este domínio se respondidas negativamente, seriam incompatíveis com o ato de cuidar. Desta forma, evidencia-se a superação com a própria saúde para que se possa ofertar o cuidado ao idoso dependente.

O menor escore de qualidade de vida foi encontrado no domínio meio ambiente (54,82), Tabela 3, corroborando com pesquisas realizadas em São Paulo (52,51) (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008) e no interior do Rio Grande do Sul (54,4) (ORSO, 2008).

O domínio meio ambiente abrange aspectos relacionados à segurança física, ambiente no lar, recursos financeiros, lazer, ambiente físico e transporte (FLECK et al., 2000). Estudo realizado na Bahia verificou que os cuidadores familiares tiveram as suas atividades de lazer e culturais ajustadas pelo ato de cuidar, eles relataram grande mudança no que concerne a diminuição das atividades de lazer, o que representou desgaste considerável, pois muitos acreditavam que nesta fase da vida estariam aproveitando os momentos de lazer, atividades estas que poderiam melhorar a sua qualidade de vida e, indiretamente, favorecer as atividades do cuidar (EUZÉBIO; RABINOVICH, 2006).

No que concerne ao ambiente do lar o idoso acometido por AVE necessita de adaptações para realização das suas AVDs. Essas medidas são realizadas no intuito de minimizar as dificuldades do idoso lhe proporcionando maior conforto e qualidade em seu cotidiano e para dar condições ao cuidador para uma ajuda adequada (EUZÉBIO; RABINOVICH, 2006). Porém existe um custo elevado para

tais adequações o que, somado ao fato do idoso necessitar de tratamento medicamentoso contínuo, o que causa grande dispêndio, pode impactar negativamente na qualidade de vida dos cuidadores, visto que foi encontrada baixa renda no presente estudo.

O lazer e a aquisição de bens necessários para melhoria das condições de saúde e de vida, também são limitados pela baixa renda. Sendo assim, a equipe de saúde pode desenvolver atividades na comunidade e nos serviços de saúde que se constituam em opção de socialização tanto para os cuidadores quanto para os idosos com AVE.

Na avaliação da sobrecarga de estresse do cuidador, observou-se um escore de 27,22, classificada como moderada, Tabela 3. Resultado semelhante foi encontrando em pesquisa realizada em São Paulo, na qual os cuidadores obtiveram um escore médio de 32,12 (AMENDOLA, 2007).

Sabe-se que cuidar de um paciente com doença crônica, no domicílio pode causar importante ônus ao cuidador e a sua família. Estudos demonstram a sobrecarga que é imposta ao cuidador informal principal, com sua rotina estafante e estressora de atividade de cuidados diários e ininterruptos. Esses custos ocorrem no nível físico, psíquico, social e financeiro e existem estudos que demonstram, em certas circunstâncias que há maior risco de desenvolvimento de morbidades (LEE et al., 2007; SCHULZ; BEACH, 1999). Exclusão social, isolamento afetivo e social, depressão, crises nos relacionamentos, perda da perspectiva de vida, distúrbios do sono, maior uso de psicotrópicos são alguns dos aspectos que podem interferir no contexto psicossocial do cuidador (SCHULZ; BEACH, 1999).

É importante, para os profissionais de saúde, conhecer o nível de sobrecarga de estresse do cuidador, pois podem, a partir daí, promover ações direcionadas à sua diminuição, melhorando a qualidade de vida do cuidador e do idoso.

Ter alguém para com quem repartir e compartilhar os cuidados representa um fator redutor de estresse, isso ocorre não apenas no referente ao aspecto físico ou à responsabilidade pelo que ocorre com o idoso, mas também como um importante apoio de caráter emocional. A solidariedade é vista como um realimentador de estima e segurança (EUZÉBIO; RABINOVICH, 2006).

Outro fator que é apontado como redutor de estresse é a religiosidade, além de enfrentamento para o estresse, os cuidadores encontram na religião fonte de resignificação para a vida e de obtenção de recursos sociais (NERI; SOMMERHALDER, 2002).

Na Tabela 4, a seguir, encontra-se a correlação entre o número de morbidades com os escores de qualidade de vida e de sobrecarga de estresse dos cuidadores.

Tabela 4 - Correlação do número de morbidades com os escores de qualidade de vida e sobrecarga de estresse dos cuidadores, Uberaba, 2010.

	R	p
Domínios de qualidade de vida		
Físico	-0,556	<0,001
Psicológico	-0,512	<0,001
Relações sociais	-0,280	0,059
Meio ambiente	-0,365	0,013
Sobrecarga de estresse	0,228	0,127

Observou-se correlação moderada negativa entre o número de morbidades e o escore de qualidade de vida no domínio físico ($r = -0,556$; $p < 0,001$), ou seja, quanto maior o número de morbidades do cuidador menor seu escore de qualidade de vida no domínio físico, Tabela 4.

É possível que os cuidadores por ter a sua atenção voltada para o idoso doente passam a ter um tempo limitado para o seu autocuidado. O alto grau de envolvimento com os cuidados do idoso e o déficit no autocuidado demonstra que ser cuidador implica, muitas vezes, em deixar de lado a sua vida para assumir a do outro. Outro aspecto relatado por eles para essa autoobservância são as mudanças financeiras, o que faz com que prestem menos atenção para suas necessidades pessoais e dessa forma os problemas de saúde afloram-se (ROBINSON-SMITH; MABONEY, 1995).

Estudo realizado na Bahia observou que os cuidadores referiram desde sintomas físicos isolados, até completa exaustão física, com sensação de cansaço geral, dores e alteração do sono. A sobrecarga física foi considerada por eles como

responsável por grande piora na sua qualidade de vida (FONSECA; PENNA; SOARES, 2008).

O idoso que sofreu AVE possui geralmente número elevado de incapacidades funcionais que o leva a dependência. O cuidador necessitará de estar bem fisicamente para poder auxiliar o idoso. Sabe-se que as habilidades necessárias para o cuidado com qualidade podem ser comprometidas quando o cuidador tem um maior número de doenças (TOSELAND; ROSINTER, 1989).

O tratamento adequado das morbidades e a adesão em atividades de prevenção de doenças podem contribuir para melhorar a qualidade de vida do cuidador, favorecer a continuidade do cuidado no domicílio e reduzir ou eliminar a institucionalização dos idosos com AVE.

O maior número de morbidades do cuidador esteve correlacionado, de forma moderada, com o menor escore de qualidade de vida no domínio psicológico ($r = -0,512$; $p < 0,001$), Tabela 4.

As morbidades podem afetar a qualidade de vida do cuidador na medida em que ele apresenta sentimentos negativos em relação a sua imagem corporal e autoestima, aspectos estes estudados no domínio psicológico (FLECK et al., 2000).

Quando é realizada a avaliação subjetiva ou cognitiva do cuidador, a sua saúde é um dos elementos mais levados em consideração, pois se sabe que no contexto do cuidado, estar bem fisicamente significa mais qualidade na tarefa (NERI; SOMMERHALDER, 2002).

O cuidar pode ser avaliado como oneroso ou prazeroso, conforme o cuidador consegue realizá-lo (NERI; SOMMERHALDER, 2002). O cuidador vê ônus no cuidar não somente na realização das tarefas em si, mas também na dedicação exigida para satisfazer as necessidades do outro, em detrimento das suas próprias necessidades (SIMONETTI; FERREIRA, 2008). Ele deixa de se cuidar, desenvolvendo sentimentos negativos em relação a sua imagem corporal. Um cuidado com qualidade somente será realizado quando quem o oferece está em boas condições (NERI; SOMMERHALDER, 2002).

Neste contexto, a equipe de saúde deve estar apta para identificar as potencialidades do cuidador, e a partir disso, incentivá-lo a valorizar suas

habilidades e sentimentos com intuito de reverter esse quadro e melhorar tanto o autocuidado como o cuidado oferecido ao idoso com AVE.

Observou-se que o maior número de morbidades do cuidador esteve correlacionado, de forma fraca, com o menor escore de qualidade de vida no domínio meio ambiente ($r = -0,365$; $p = 0,013$), Tabela 4.

O cuidado leva em questão transferências de recursos do cuidador para o idoso. Doação de tempo, de dinheiro e compartilhamento do espaço físico são considerados alguns desses recursos avaliados no domínio meio ambiente (NERI; SOMMERHALDER, 2002).

Por outro lado, há uma diminuição das atividades de lazer e de oportunidades para vida social ao assumir o cuidar do idoso. Outro aspecto a ser considerado é a diminuição dos recursos financeiros, pois o idoso com doença crônica, como o AVE, necessita de atenção à saúde e do uso de medicamentos muitas vezes dispendioso (NERI; SOMMERHALDER, 2002). Soma-se a isto o cuidador com polimorbidades que também necessita de acompanhamento e tratamento para a manutenção da saúde.

A equipe de saúde pode contribuir para melhorar a qualidade de vida dos cuidadores no domínio meio ambiente no que diz respeito à oferta de cuidados de saúde e sociais de qualidade e oportunidades para adquirirem novas informações e habilidades. Pode-se utilizar de estratégias como treinamentos e orientações de ergonomia e adaptação do ambiente domiciliar no intuito de facilitar as técnicas de cuidado e melhorar a acessibilidade do idoso.

Encontrou-se correlação negativa fraca entre o número de morbidades e o escore de qualidade de vida no domínio relações sociais ($r = -0,280$; $p = 0,059$), ou seja, quanto maior o número de morbidades do cuidador menor o escore de qualidade de vida no domínio relações sociais, Tabela 4.

O cuidado é capaz de gerar efeitos que são sentidos na vida pessoal do cuidador, atingindo o idoso, a família e as outras instituições sociais. Quando não se tem apoios informais e formais, o cuidador sofre porque fica mais exposto a doenças, à depressão, a estados emocionais negativos e à desorganização da sua vida. A família sofre, devido às restrições materiais e sociais que lhe são impostas. O idoso, por ficar mais sujeito a cuidados inadequados e ineficientes, podendo gerar

institucionalização e até conceituar em maus-tratos. Quando se tem este ônus, a rede de amigos e de trabalho também é atingida, podendo chegar até a rede formal de assistência. Os profissionais de saúde podem chegar à conclusão da inviabilidade do cuidado familiar pelos efeitos negativos que o cuidador apresenta (NERI; SOMMEERHALDER; 2002).

A presença de polimorbidades pode afetar a qualidade de vida do cuidador, pois ele passa a se sentir mais vulnerável e desprotegido, necessitando de maior apoio social. O cuidador necessita de ter alguém que o apóie e o auxilie na sua tarefa de cuidar, para evitar sobrecarregá-lo e aumentar suas morbidades. Os serviços de saúde podem constituir-se em unidades de suporte, proporcionando ao cuidador reconhecer e ampliar suas redes sociais, através de atividades que englobem o idoso cuidado, familiares e a comunidade. Outro aspecto que deve ser lembrado é o apoio emocional, pois muitas vezes o cuidador necessita que alguém lhes escute, o que proporciona conforto e resiliência.

No que se refere à atividade sexual, aspecto também avaliado neste domínio, destaca-se que muitos dos cuidadores são conjugues do idoso acometido pelo AVE. Neste contexto, além das próprias morbidades o cuidador tem também aquelas do companheiro que podem impactar negativamente este domínio, quando se leva em consideração a atividade sexual. A falta de informação sobre o processo de envelhecimento assim como das mudanças da sexualidade tem favorecido a manutenção de preconceitos dificultando o esclarecimento das dificuldades nesta área que podem ser acentuadas pelo uso de medicações ou pelas doenças (LEITE et al., 2008), como o AVE. Diante desta situação, a equipe de saúde pode contribuir identificando as dificuldades do cuidador bem como promovendo atividades educativas, para discussão e reflexão sobre esta temática.

Em relação à sobrecarga de estresse não se verificou correlação com o número de morbidades do cuidador, Tabela 4.

Até a pouco tempo atrás os estudos só enfatizavam os aspectos negativos do trabalho de cuidador sobre a saúde dos indivíduos. No entanto, recentemente, os aspectos positivos também começaram a receber atenção dos estudiosos no assunto, que identificaram possíveis associações entre a satisfação no trabalho e a saúde dos cuidadores (MARTINEZ; PARAGUAY; LATORRE, 2004).

A satisfação com o trabalho é caracterizada como resultante da satisfação de necessidades psicossociais, do sentimento de prazer e do sentimento de contribuição no exercício da atividade de cuidar (MARTINEZ; PARAGUAY; LATORRE, 2004). Notou-se que alguns indivíduos visualizam de forma diferente a atividade, utilizando de estratégias de enfrentamento que levam em consideração o confronto com a realidade, busca de apoio, autocontrole e aceitação de responsabilidade (NERI; CARVALHO, 2002). Dessa forma, os cuidadores conseguem se desvencilhar dos efeitos da sobrecarga do estresse, ditos negativos, não gerando problemas de saúde e podendo prestar cuidados de qualidade aos idosos.

Na Tabela 5, a seguir, consta a correlação entre os escores de qualidade de vida e a sobrecarga de estresse dos cuidadores.

Tabela 5 - Correlação entre os escores de qualidade de vida e a sobrecarga de estresse dos cuidadores, Uberaba, 2010.

	<i>r</i>	<i>p</i>
Domínios de qualidade de vida		
Físico	-0,392	0,007
Psicológico	-0,461	0,001
Relações Sociais	-0,379	0,009
Meio Ambiente	-0,416	0,004

Encontrou-se correlação fraca negativa entre o escore de sobrecarga de estresse do cuidador e o escore de qualidade de vida no domínio físico ($r=-0,0392$; $p=0,007$), ou seja, quanto maior o escore de sobrecarga de estresse menor o escore de qualidade de vida no domínio físico, Tabela 5. Resultado concordante com o presente estudo foi obtido em São Paulo ($r= -0,29$; $p=0,018$), (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008)

Segundo o modelo de estresse do cuidador de Pearlin, as condições, experiências e atividades que são desafiadoras para os cuidadores, ou seja, que os ameaçam, desafiam seus esforços, causam fadiga e desgaste físico constituem-se de estressores ancorados na exigência do idoso e no cuidado necessário para satisfazê-lo (PEARLIN et al., 1990). Sabe-se que o AVE pode gerar incapacidades funcionais levando o idoso a dependência, quando isto ocorre ele necessita de

grande auxílio nas suas AVDs, o que pode então ser fonte de estresse para o cuidador.

Quando se cuida de um idoso com incapacidades físicas, alguns elementos críticos devem ser levados em consideração, como por exemplo, o ônus físico acarretado pelas tarefas que tendem a se agravar tanto com a evolução da doença quanto por outras que possam surgir (NERI; SOMMERHALDER, 2002), e que impactam negativamente a qualidade de vida o cuidador, principalmente no domínio físico.

O estresse pode gerar respostas positivas ou negativas no organismo. A resposta negativa significa uma não adaptação do indivíduo à situação imposta, no caso o cuidado. Existem quatro fases que caracterizam o estresse: alerta, resistência, quase-exaustão, exaustão. Considera-se fase de alerta aquela na qual a pessoa se prepara para reagir contra o agente estressor, na fase de resistência, o organismo encontra-se preparado para reagir, na fase de quase-exaustão, o indivíduo está no limite suas forças, enquanto que na fase de exaustão, já não é mais capaz de produzir adequadamente. É na última fase que surgem o agravamento das morbidades e surgimento de novas (LIPP; GUEVARA, 1994).

É mister que o profissional de saúde conheça as fases do estresse, para que possam reconhecer e intervir nas situações que ele passa a ser negativo e ameaça a saúde do cuidador.

Observou-se que o maior escore de sobrecarga de estresse do cuidador esteve correlacionado, de forma fraca, com o menor escore de qualidade de vida no domínio psicológico ($r = -0,461$; $p = 0,001$), Tabela 5. Resultado esse que corrobora com estudo realizado com cuidadores de idosos dependentes ($r = -0,39$; $p = 0,001$) (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008).

No Japão, pesquisa utilizando os instrumentos ZBI e SF-36, demonstrou que o aumento da sobrecarga de estresse do cuidador esteve significativamente relacionado à diminuição da qualidade de vida, sobretudo no domínio saúde mental (MORIMOTO; SCHREINER; ASANO, 2003), que avalia aspectos semelhantes aos do domínio psicológico do instrumento WHOQOL-BREF.

Existem estressores que levam em consideração elementos secundários ao papel de cuidar, como por exemplo, os problemas com dinheiro e a restrição social.

Esses estressores são independentes, mais causam sentimentos negativos relacionados ao autoconhecimento e a redução de autorregulação do próprio organismo do cuidador. Essa redução aumenta a vulnerabilidade a doenças somáticas e psiquiátricas, levando-o a perda do controle sobre a própria vida (NERI; SOMMERHALDER, 2002.)

As evidências apontam que o desgaste físico, mental e estados emocionais negativos podem estar relacionados a formas inadequadas de enfrentamento. Os sintomas mais relatados são: depressão, ansiedade, culpa, desordens psicossomáticas, conflitos familiares e conjugais, hostilidade, afastamento social e distorções de julgamento (NERI; SOMMERHALDER, 2002). O acúmulo de sintomas psicológicos pode comprometer a habilidade do cuidador em prestar cuidados de qualidade ao idoso (TOSELAND; ROSSINTER, 1989).

Nota-se um impacto relacionado ao cuidar de idosos dependentes que leva em consideração elementos como o afloramento de sentimentos negativos antigos que estavam guardados, fazendo que a situação fique de difícil manejo (NERI; SOMMERHALDER, 2002). Todos esses elementos podem impactar no domínio psicológico da qualidade de vida.

É sabido também que as diferenças individuais, levando em consideração atitudes e habilidades de enfrentamento, podem explicar a razão de uma pessoa avaliar uma situação como estressante e onerosa e outra como fonte de reconhecimento e prazer (NERI; SOMMERHALDER, 2002).

Os profissionais da área da saúde precisam rever as questões que envolvem a assistência domiciliar, de modo a oferecer meios para amenizar o estresse do cuidador familiar que necessita deste auxílio. Pode-se oferecer suporte profissional para adequação das técnicas de cuidado, considerando o menor gasto de energia, diminuindo o cansaço. Outro meio de amenizar o estresse seria as visitas domiciliares onde os profissionais levariam apoio emocional além das atividades educativas que os cuidadores sentem necessidade para um cuidado eficiente.

No domínio de qualidade de vida relações sociais, encontrou-se uma correlação fraca negativa, ou seja, quanto maior o escore de sobrecarga de estresse do cuidador, menor o escore de qualidade de vida no domínio relações sociais ($r = -0.379$; $p = 0,009$), Tabela 5. O mesmo tipo de correlação foi encontrada em estudo

com cuidadores de idosos dependentes ($r = -0,26$; $p = 0,033$) (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008).

O domínio de qualidade de vida relações sociais pode ser impactado por alguns elementos críticos desencadeadores de estresse em cuidadores de idosos dependentes. A inexistente ou escassez de recursos sociais de apoio, e de pessoas especializadas que possam lhes dar suporte, assim como poucas fontes de apoio emocional podem interferir no bem-estar (NERI; SOMMERHALDER, 2002). Por outro lado, a atividade de cuidar, geralmente, é um trabalho exercido, majoritariamente, por um membro da família, sem ajuda ou reconhecimento dos outros integrantes (NERI; SOMMERHALDER, 2002).

As equipes de saúde podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida do cuidador e diminuição da sobrecarga de estresse por meio da constituição de redes de apoio formal e informal que podem ser articuladas e incentivadas pela equipe de saúde. Pode-se ainda estimular a formação de grupos específicos de cuidadores objetivando a troca de experiências de modo a fortalecer o cuidado ao idoso com AVE.

O maior escore de sobrecarga de estresse do cuidador esteve correlacionado, de forma fraca, com o menor escore de qualidade de vida no domínio meio ambiente ($r = -0,416$; $p = 0,004$), Tabela 5. Resultado semelhante foi encontrado em São Paulo ($r = 0,35$; $p = 0,004$) (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008).

Dentre os aspectos avaliados no domínio meio ambiente está o recurso financeiro. Estudo descritivo exploratório com cuidadores de pessoas com AVE demonstrou que a obtenção de recursos financeiros é uma das dificuldades mais marcantes enfrentadas pelo cuidador, que vê nesta a continuação do tratamento (ANDRADE et al., 2009). Esse fator pode gerar um ciclo vicioso em torno das morbidades, que se explicita em dificuldade de tratamento e agravamento da doença. Assim, a atividade de cuidar se torna cada vez mais árdua para o cuidador aumentando a sobrecarga de estresse e impactando a sua qualidade de vida (ANDRADE et al., 2009).

Quando se cuida de um idoso dependente, pode-se ter o bem-estar abalado por vários elementos como, por exemplo, o ônus financeiro acarretado pela tarefa, que tende a se agravar com a evolução da doença. Os cuidadores, na maioria das

vezes, também não possuem informações suficientes para exercer o cuidado (NERI; SOMMERHALDER, 2002).

Neste contexto, a equipe de saúde deve oferecer suporte ao cuidador no intuito de oportunizar a oferta de informações e habilidades inerentes ao desempenho da tarefa com qualidade. Outro aspecto que merece atenção é a oferta de oportunidades para os cuidadores participarem de atividades recreativas e de lazer, o que pode contribuir para diminuir a sobrecarga de estresse e melhorar a qualidade de vida.

Estudo com cuidadores familiares realizado nos Estados Unidos da América, utilizando o instrumento de qualidade de vida 12-Item Short Form Health Survey (SF-12), observou que quanto maior a tensão emocional, menores os escores nos domínios físico, psicológico e social, resultado este que corrobora com o presente estudo (ROTH et al., 2009).

6.3 FATORES ASSOCIADOS COM A QUALIDADE DE VIDA DO CUIDADOR

Para a realização da análise bivariada, considerou-se variável dependente os escores de qualidade de vida, as associações foram avaliadas como significativas quando $p < 0,10$, conforme Tabela 6.

Tabela 6 - Análise bivariada dos escores de qualidade de vida do cuidador, Uberaba, 2010.

Preditores	Domínios							
	Físico		Psicológico		Relações sociais		Meio Ambiente	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Morbidades do cuidador	-0,556	0,000	-0,512	0,000	-0,293	0,048	-0,365	0,013
Morbidades do idoso	0,016	0,916	-0,211	0,159	-0,190	0,205	-0,190	0,205
Incapacidade funcional do idoso	-0,190	0,206	-0,189	0,208	-0,086	0,572	-0,338	0,022
Sobrecarga de estresse do cuidador	-0,392	0,007	-0,406	0,001	-0,354	0,016	-0,416	0,004

As variáveis morbidades do cuidador e sobrecarga de estresse do cuidador atenderam ao critério estabelecido ($p < 0,10$) para os domínios físico, psicológico e relações sociais. Quanto ao domínio meio ambiente as variáveis que atenderam ao critério foram: morbidades do cuidador, incapacidade funcional do idoso e sobrecarga de estresse do cuidador, Tabela 6.

Após esta análise as variáveis foram inseridas no modelo de regressão linear múltipla (Método Enter). Na Tabela 7, a seguir, encontram-se as variáveis inseridas no modelo final multivariado de regressão linear.

Tabela 7 – Modelo final de regressão linear dos escores de qualidade de vida do cuidador, Uberaba, 2010.

Preditores	Domínios							
	Físico		Psicológico		Relações sociais		Meio Ambiente	
	β^*	p	β^*	p	β^*	p	β^*	p
Morbidades do cuidador	-0,492	<0,001	-0,429	0,001	-	-	-	-
Sobrecarga de estresse do cuidador	-0,279	0,005	-0,363	0,005	-0,303	0,039	-	-

* coeficiente de regressão

No domínio físico, observou-se que o menor escore de qualidade de vida associou-se tanto ao maior número de morbidades ($p < 0,001$) como ao maior escore de sobrecarga de estresse do cuidador ($p = 0,005$). Destaca-se que o maior número de morbidades foi o preditor que mais contribuiu para os menores escores de qualidade de vida ($\beta = -0,492$), Tabela 7.

Para exercer o cuidado com qualidade, algumas habilidades são consideradas primordiais ao cuidador. Dentro das exigências físicas é destacado que se tenha boa saúde física, incluindo força e energia, necessárias nas situações que é preciso carregar o idoso ou dar apoio para vesti-lo e cuidar da sua higiene pessoal, dentre outras tarefas (YUASO, 2007).

Porém é evidenciado pela literatura científica que o cuidador de idoso com dependência pode vir a ter sua saúde física e mental afetada negativamente,

ocorrendo isolamento social, estresse familiar, sobrecarga e depressão (NERI; SOMMERHLADER, 2002).

Quando a atividade exige esforço físico do cuidador pode demandar em conseqüências diretas sobre a sua saúde, assim como sobre a qualidade do cuidado ofertado. Os cuidadores podem se sentir sobrecarregados, injustiçados, desempenhando funções aquém de suas capacidades, tendo em vista que apresentam doenças e podem estar debilitados (NERI; SOMMERHLADER, 2002).

Levando em consideração os pressupostos da Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), os profissionais de saúde devem esclarecer e orientar os cuidadores, informando sobre o processo saúde-doença, bem como informar sobre como acompanhar o tratamento do idoso (BRASIL, 1994). Essas pessoas deverão, também, receber atenção a sua saúde, considerando que a tarefa de cuidar de um idoso dependente é desgastante, o que pode aumentar a sua sobrecarga de estresse e implicar em riscos para a sua saúde e qualidade de vida (YUASO, 2007).

O cuidador somente conseguirá cuidar adequadamente do idoso se estiver bem cuidado (TOSELAND; ROSSINTER, 1989).

Quanto ao domínio psicológico verificou-se que o maior número de morbidades ($p=0,001$) e o maior escore de sobrecarga de estresse ($p=0,005$) do cuidador permaneceram como preditores de menores escores de qualidade de vida. O número de morbidades foi o preditor que mais contribui para os menores escores de qualidade de vida ($\beta=-0,429$), Tabela 7.

O cuidador que ajuda o idoso nas AVDs sente maior nível de sobrecarga que os que oferecem outros tipos de ajuda, como a escuta por exemplo (NERI; SOMMERHALDER, 2002). Sabe-se que o idoso acometido por AVE tem como principal limitação a funcionalidade, o que leva a necessidade de ajuda nas AVDs. Desta forma o cuidado pode ser fonte de sobrecarga tanto física como emocional.

Outro fator a destacar é o número de doenças, que é visto como efeito negativo no bem-estar do cuidador, ou seja, quando possui maior número relata conseqüências mais deteriorantes do que quando tem menor. Entre estas se destaca depressão, ansiedade, culpa, problemas psicossomáticos, hostilidade entre outros (NERI, SOMMERHALDER, 2002).

Os cuidadores relatam mais sintomas depressivos, depressão clínica e ansiedade atribuída ao cuidado, com impacto negativo na sua qualidade de vida quando comparados à população em geral e a não-cuidadores (YE; SCHULZ, 2000). Percebe-se que o cuidador passa a ter sentimentos negativos oriundos do ônus da tarefa desempenhada.

Existem evidências que o desgaste físico e mental e excessivos estados emocionais negativos estão ligados a formas incorretas de enfrentamento, o que pode comprometer o cuidado (NERI; SOMMERHALDER, 2002).

Uma alternativa viável para ajudar o cuidador a enfrentar a tarefa são os grupos de apoio formal e informal e não-governamentais. Tais grupos visam a dar informações técnicas e orientações práticas em domicílio e ajudam a estabelecer grupos para troca de experiências (NERI; CARVALHO, 2002). Neste contexto podem auxiliar o cuidador a adquirir formas de enfrentamento que levem em consideração não só os efeitos negativos, como também os positivos do exercício do cuidado.

Já no domínio relações sociais, observou-se que o menor escore de qualidade de vida associou-se ao maior escore de sobrecarga de estresse do cuidador ($p=0,039$), Tabela 7.

A responsabilidade pelo cuidado de uma pessoa idosa dependente altera a dinâmica da vida pessoal e familiar. Estudo realizado no Rio Grande do Sul evidenciou aumento dos problemas econômicos, sentimentos deprimidos, dificuldades em sair de férias, redução do lazer, dos encontros com os amigos e do autocuidado. Verificaram-se, também, os conflitos com o cônjuge além da dificuldade de cuidar de outras pessoas como gostariam, incluindo filhos, netos dentre outros. Foi observada a sobrecarga de trabalho dos cuidadores, que relatavam se sentirem sempre cansados (ORSO, 2008).

Os cuidadores de pessoas com AVE vivenciam mudanças no estilo de vida que podem reduzir, modificar e gerar insatisfações na sua vida social, devido às condições limitantes impostas pela morbidade. Essas limitações podem trazer sentimentos como o isolamento e proporciona um relacionamento mais próximo e voltado às atividades domésticas (BOCCHI, 2004). Os fatores relatados pelos cuidadores que limitam as atividades sociais são: sobrecarga de atividade, perda da

presença do companheiro em atividades sociais, distúrbios comportamentais do idoso, mudanças nos relacionamentos familiares e no círculo de amizades, relutância por suporte e isolamento pela nova vizinhança (BOCCHI, 2004).

6.4 FATORES ASSOCIADOS COM A SOBRECARGA DE ESTRESSE DO CUIDADOR

Para a realização da análise bivariada o escore de sobrecarga do estresse do cuidador foi designado como variável dependente. As associações foram consideradas significativas quando $p < 0,10$. Na Tabela 8, a seguir, apresentam-se os resultados obtidos.

Tabela 8 - Análise bivariada da sobrecarga de estresse do cuidador, Uberaba, 2010.

Preditores	Sobrecarga de estresse	
	r	p
Morbidades do cuidador	0,228	0,127
Morbidades do idoso	0,081	0,594
Incapacidade funcional do idoso	0,377	0,010

A variável escore total de incapacidade funcional do idoso foi a única que atendeu ao critério estabelecido acima ($p=0,081$) impossibilitando a realização do modelo multivariado, Tabela 8.

Estudo relatou não ter encontrado relacionamento significativo entre a sobrecarga de estresse do cuidador e o grau de incapacidade funcional do idoso (ANDERSON; LINTO; STEWART-WYNNE, 1995). Bem como outro que evidenciou que os cuidadores, de pacientes dependentes, tinham sobrecarga de estresse aumentada, porém essa não parecia estar relacionada aos níveis de dependência dos mesmos (DENNIS et al, 1998).

7 CONCLUSÕES

A maioria dos cuidadores de idosos com AVE era do sexo feminino, idade média de 55,4 anos ($DP \pm 14,17$), casados ou que moravam com companheiro e tinham renda individual mensal de um salário mínimo. Referente à escolaridade, os cuidadores apresentaram predominantemente 4-8 anos de estudo.

Os cuidadores apresentaram, em média, 4,65 morbidades autorreferidas, sendo mais prevalentes problemas de visão, problemas de coluna, problemas para dormir, HA e problemas de circulação.

Quanto à análise de qualidade de vida, os cuidadores obtiveram maiores escores nos domínios relações sociais e físico e, menor, no domínio meio ambiente. O maior o número de morbidades do cuidador esteve correlacionado com os menores os escores nos domínios físico, psicológico e meio ambiente

A sobrecarga de estresse foi considerada moderada pelos cuidadores. O maior escore de sobrecarga de estresse correlacionou-se ao menor escore nos domínios de qualidade de vida físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Os menores escores de qualidade de vida associaram-se ao maior número de morbidades e maior escore de sobrecarga de estresse do cuidador, sendo que o número de morbidades foi o preditor que mais contribuiu para os menores escores.

No domínio psicológico verificou-se que quanto maior o número de morbidades e o escore de sobrecarga de estresse do cuidador menor foram os escores de qualidade de vida, sendo que o número de morbidades do cuidador foi o preditor mais forte.

O maior escore de sobrecarga de estresse do cuidador foi o preditor de menor escore para o domínio de qualidade de vida das relações sociais.

A hipótese foi confirmada no que condiz ao aumento do escore de sobrecarga de estresse do cuidador estar correlacionado à diminuição dos escores de qualidade de vida e aumento do número de morbidades do cuidador. No que diz respeito à correlação entre a sobrecarga de estresse do cuidador e o aumento do número de morbidades do idoso e do escore de incapacidade funcional do idoso a mesma foi refutada.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo devem ser retornados à população estudada por meio de sua apresentação e discussão com gestores municipais de saúde, buscando-se estratégias de enfrentamento e suporte que contribuam para a melhoria da atenção à saúde dos cuidadores de idosos com AVE.

Antes de propor intervenções voltadas para a saúde dos cuidadores, as equipes de saúde devem conhecer o seu perfil socioeconômico e de saúde. Tais informações possibilitarão o desenvolvimento de estratégias baseadas nas necessidades identificadas neste estudo. O grau de implicação das morbidades existentes e como essas podem interferir na tarefa de cuidar e na qualidade de vida do cuidador são também informações que não podem passar despercebidas quando se pensa em melhorar a atenção a saúde dessa população.

O idoso acometido por uma morbidade como é o AVE, causadora de incapacidade e dependência, e o seu cuidador merecem novo enfoque e formas de assistência por parte das políticas públicas de saúde. Além do que, o próprio envelhecimento da população brasileira se dá num momento de desordem econômica, deixando, com certeza, a população de baixa renda mais desamparada e carente de assistência, demandando posturas de apoios compensatórios a essa realidade.

É configurado, em nosso país, um severo e crítico quadro de exclusão social do idoso, tanto mais grave, quando esse idoso perde a sua capacidade funcional, dessa maneira a exclusão engloba quem cuida do idoso, que fica muitas vezes recluso ao ambiente domiciliar.

Existe a necessidade de políticas públicas a fim de construir e manter redes de suporte ao idoso, ou diretamente, ou prestando apoio a cuidadores: familiares, profissionais e voluntários. É sabido que os cuidados oriundos de redes informais de apoio constituem a mais importante fonte de suporte ao idoso e, por isso mesmo, precisam ser estudados e amparados.

Apesar de evidenciarmos um aumento de estudos com enfoque no cuidador de idosos, ainda assim fazem-se necessárias mais pesquisas que considerem as

diferenças culturais, as influências do meio em que vivem, e as morbidades que os acometem para poder se estabelecerem políticas locais de saúde, que supram as necessidades destes idosos e conseqüentemente forneçam suporte a essas famílias.

Cabe refletir e sugerir também, a necessidade de preparar e orientar a sociedade, pois se sabe que existe uma demanda crescente de idosos que necessitam de cuidados e uma oferta deficitária de cuidadores.

Os profissionais de saúde devem ser participativos, críticos e sensíveis a essa questão, oferecendo suporte e orientação para que os cuidadores possam oferecer um cuidado de qualidade sem que isso interfira na sua condição de saúde e qualidade de vida.

9 REFERÊNCIAS

AMENDOLA, F. **Qualidade de vida de cuidadores de pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos em domicílio pelo Programa de Saúde da Família do município de São Paulo**. 166f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

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**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 266-72, 2008.

ANDERSON, C. S.; LINTO, J.; STEWART-WYNNE, E. G. A population based assessment of the impact and burden of caregiving for long-term stroke survivors. **Stroke**, v. 26, n. 5, p. 843-9, 1995.

ANDRADE, L. M. et al. A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 37-43, 2009.

ASHOR, A. M. Family care of the elderly in Egypt. p. 95-106. In: KOSBERG, J. I (Org). **Family care of the elderly**: social and cultural changes. Newbury Park: Sage, 1992.

BOCCHI, S. C. M. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): análise do conhecimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 115-21, 2004.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.pucpr.br/ensino/.../POLITICA_NACIONAL_DO_IDOSO.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: 2006.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Secretaria Executiva. **Direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Brasil**: legislação compilada – 1973 a 2006. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de ocupações**: códigos, títulos e descrições. Brasília, 2010.

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 10. ed., 2006. (Vol 04)

CALDAS, C. P. A dimensão existencial da pessoa idosa e seu cuidador. **Textos sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, 2000. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282000000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 out. 2009.

CAMPOS, C. P. **Quem cuida do cuidador**. Petrópolis: Vozes, 2005.

CATTANI, R. B.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 2, p. 254-71, 2004.

CHACHAMOVICH, E.; FLECK, M. P. A. Desenvolvimento do WHOQOL BREF. p. 74-82. In: FLECK, M. P. A et al. **A avaliação de qualidade de vida**: Guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008.

CHAGAS, N. R.; MONTEIRO, A. R. M. Educação em saúde e família: o cuidado ao paciente, vítima de acidente vascular cerebral. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 193-204, 2004.

CHAVES, M. L. F. Acidente Vascular Encefálico: conceituação e fatores de risco. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, p. 372-82, out.-dez. 2000.

COSTA, A. M.; DUARTE, E. Atividade física e a relação com a qualidade de vida, de pessoas com sequelas de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI). **Revista Brasileira Ciência e Movimento**, Brasília, v. 10, n. 1, p. 47-54, 2002.

CRUZ, K. C. T. **Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida de indivíduos com acidente vascular encefálico com idade maior ou igual a 55 anos**. 124f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

CRUZ, K. C. T.; DIOGO, M. J. D'E. Avaliação da capacidade funcional em idosos com acidente vascular encefálico. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1136/297>>. Acesso em: 23 mai. 2009.

DENNIS, M. et al. A quantitative study of the emotional outcome of people caring for stroke survivors. **Stroke**, v. 29, n. 9, p. 1867-72, 1998.

EUZÉBIO, C. J. V.; RABINOVICH, E. P. Compreendendo o cuidador familiar do paciente com sequela de acidente vascular encefálico. **Temas em Psicologia**, Salvador, v. 14, n. 1, p. 63-79, 2006.

FALCONER, J. A. et al. Stroke inpatient rehabilitation: a comparison across age groups. **Journal of the American Geriatrics Society**, Malden, v. 42, p. 39-44, 1994.

FERREIRA, A. R. S. **Perspectivas da oferta de cuidadores informais da população idosa, Brasil 2000-2015**. 118f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

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. 178-83, abr. 2000.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1; p. 19-28, 1999.

FONSECA, N. 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. 1175-80, 2008.

FONSECA, N. R.; PENNA, A. F. G.; SOARES, M. P. G. Ser cuidador familiar: um estudo sobre as consequências de assumir este papel. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 727-43, 2008.

FORSBERG-WÄRLEBY, G.; MÖLLER, A; BLOMSTRAND, C. Life satisfaction in spouses of patients with stroke during the first year after stroke. **Journal of Rehabilitation Medicine**, Göteborg, v. 36, p. 04-11, 2004.

GARCIA, M. A. A. et al. Idoso e cuidadores fragilizados? **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 645-52, 2005.

GIACOMIN, K. C.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. F. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1509-18, set.-out. 2005.

GILL, T. M.; FEINSTEIN, A. R. A critical appraisal of the quality of life measurements. **The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 272, n. 8, p. 619-26, 1994.

GONÇALVES, L. H. T. et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Texto Contexto & Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 570-7, out.-dez. 2006.

GONZÁLES, F. et al. Sobrecarga del cuidador de personas con lesiones neurológicas. **Revista Del Hospital José María Ramos Mejía**, Buenos Aires, v. 9, n. 4, 2004. Disponível em: <<http://www.ramosmejia.org.ar/r/200404/7.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2010.

GUCCIONE, A. A. **Fisioterapia geriátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

HERUTI, L. et al. Rehabilitation outcome of elderly patients after a first stroke: effect of cognitive status at admission on the functional outcome. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, New York, v. 83, p. 742-9, 2002.

HO, S. C. et al. A study of informal caregivers and association of caregiving status with health and quality of life. **Hong Kong Medical Journal**, Hong Kong, v. 13, n. 5, p. 04-07, Oct. 2007. Supplement 5.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2000**: características da população. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 20 abr. 2009.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 200-10, 1987.

KARSH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-6, maio/jun, 2003.

LAWTON, M. et al. Measuring caregiving appraisal, **Journal of Gerontology: Psychological sciences**, Boston, v. 44, n. 3, p. 61-71, 1989.

LEE, J., et al. Korean version of the reviser caregiving appraisal scale: a translation and validation study. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 59, n. 4, p. 407-15, 2007.

LEITE, M. T. et al. Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 250-7, abr./jun. 2008.

LIPP, M. N.; GUEVARA, A. J. H. Validação empírica do inventário de sintomas de estresse. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 11, n. 3, p. 43-9, 1994.

MAKIYAMA, T. Y. et al. Estudo sobre a qualidade de vida de pacientes hemiplégicos por acidente vascular cerebral e seus cuidadores. **Acta Fisiatrica**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 106-9, 2004.

MARCO, E. et al. Deterioro de La calidad de vida en cuidadores familiares de pacientes con discapacidad por ictus: una entidad a considerar. **Revista de Calidad Asistencial**, Barcelona, (in press). Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B94SH-50RFN34-1&_user=685731&_coverDate=08%2F09%2F2010&_alid=1475917973&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_origin=search&_zone=rslt_list_item&_cdi=56439&_sort=r&_st=13&_docanchor=&_view=c&_ct=23&_acct=C000036938&_version=1&_urlVersion=

[0&_userid=685731&md5=ef968f4b0bb6452895e367fd4c6a79e8&searchtype=a>](#)
Acesso em: 25 ago. 2010.

MARCON, S. S. et al. Características da doença crônica em famílias residentes na região norte do município de Maringá, Estado do Paraná: uma primeira aproximação. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 83-93, jan./jun. 2004.

MARQUES, S. **Cuidadores familiares de idoso: relatos de histórias**. 186f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

MARTINEZ, M. C.; PARAGUAY, A. I. B. B.; LATORRE, M. R. D. O. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 55-61, 2004.

MARTINS, T.; RIBEIRO, J. P.; GARRETT, C. Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 4, n. 1, p. 131-8, 2003.

MEDEIROS, M. M. C.; FERRAZ, M. B.; QUARESMA, M. R. Cuidadores as “vítimas ocultas” das doenças crônicas. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 38, p. 189-92, 1998.

MORIMOTO, T.; SCHREINER, A. S.; ASANO, H. Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregivers. **Age and Ageing**, Oxford, v. 32, n. 2, p. 218-23, 2003.

NAKATANI, A. Y. K. et al. Perfil dos cuidadores informais de idoso com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 5, n. 1, p. 15-20, 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/Revista>>. Acesso em: 10 abr. 2010.

NERI, A. L. **Desenvolvimento e envelhecimento**. São Paulo: Papyrus; 2006.

NERI, A. L.; CARVALHO, V. A. M. L. O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais. p. 779-89. In: FREITAS, E. U. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

NERI, A. L.; SOMMERHALDER, C. As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. p. 09-63. In: NERI, A. L. (Org). **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais**. Campinas: Alínea, 2002.

ORSO, Z. R. A. **Perfil do cuidador informal de idosos dependentes do município de Veranópolis-RS**. 116f. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília-DF, 2005.

PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

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

PASCHOAL, S. M. P.; FRANCO, R. P.; SALLES, R. F. N. Epidemiologia do envelhecimento. p. 39-56. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. São Paulo: Editora Atheneu; 2007.

PASCHOAL, S. M. P.; SALLES, R. F. N.; FRANCO, R. P. Epidemiologia do envelhecimento. p. 19-34. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatrics. Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

PAULA, J. A., ROQUE F. P., ARAÚJO, F. S. Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de demência de Alzheimer. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 4, p. 283-7, 2008.

PEARLIN, L. I. et al. Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. **The Gerontologist**, Oxford, v. 30, n. 2, p. 583-91, 1990.

PEÑARANDA, A. P. **El cuidador primário de familiares com dependência**: Calidad de vida, apoyo social y salud mental. 90f. Tese (Doutorado). Facultad de Medicina, Universidade de Salamanca, Salamanca, 2006.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PERLINI, N. M. O. G.; FARO, A. C. M. F. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 154-63, 2005.

PERRACINI, M. R.; FLÓ, C. M. **Funcionalidade e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

POWER, M. Qualidade de vida: visão geral do Projeto WHOQOL. p. 48-59. In: FLECK, M. P. A et al. **A avaliação da qualidade de vida**: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA. Secretaria de Desenvolvimento Econômico e Turismo (SEDET). **Uberaba em dados, 2008**. Disponível em:

<http://www.uberaba.mg.gov.br/sedet/uberaba_em_dados_2008/Capitulo03.pdf>
Acesso em: 20 jul. 2009.

RAMOS, L. R. Epidemiologia do Envelhecimento. p. 73-8. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

RAMOS, L. R. et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 87-94, 1993.

RAMOS, L. R.; GOIHMAN, S. Geographical stratification by sócio-economic status methodology from a household survey with elderly people in S.Paulo, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, p. 478-92, 1989.

RAMOS, L. R.; VERAS, R. P.; KALACHE A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 211-24, 1987.

RATES, H. F. **Cuidado de saúde do idoso, no domicílio**: implicações para as cuidadoras, no distrito Ressaca-Município de Contagem/MG. 2007. 227f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

RICARTE, L. F. C. S. **Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes do Concelho da Ribeira Grande**. 134f. Dissertação (Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2009.

ROBINSON-SMITH, G.; MABONEY, C. Coping and marital equilibrium after stroke. **Journal of Neuroscience Nursing**, Glenview, v. 27, n. 2, p. 83-9, 1995.

ROTH, D. L. et al. Family caregiving and emotional strain: associations with quality of life in a large national sample of middle-aged and older adults. **Quality of life Research**, Oxford, v. 18, p. 679-88, 2009.

SANTOS, C. **Estatística descritiva**: Manual de auto-aprendizagem. Lisboa: Edições Sílabo, 2007.

SANTOS, S. M. A. **Idosos, família e cultura**: um estudo sobre a construção do papel do cuidador. Campinas: Alínea; 2003.

SCAZUFCA, M. Brazilian version of the burden interview scale for the assessment of burden of care in caregivers of people with mental illnesses. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 12-7, 2002.

SCHULZ, R.; BEACH, S. R. Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. **The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 282, p. 2215-19, 1999.

SEIDL, E. M. F.; TRÓCCOLI, B. T.; ZANNON, C. M. L. C. Análise fatorial de uma medida de estratégia de enfrentamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília v.17, n.3, p. 225-34, set/dez 2001.

SILVEIRA, T. M.; CALDAS, C. P.; CARNEIRO, T. F. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1629-38, ago. 2006.

SILVERSTEIN, M.; LITWACK, E. A. A task-specific typology of intergenerational family structure in later life. **The Gerontologist**, Oxford, v. 33, n. 2, p. 258-64, 1993.

SIMONETTI, J. P.; FERREIRA, J. C. Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 19-25, 2008.

SOMMERHALDER, C. **Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, Campinas; 2001.

SOUSA, A. G. et al. Avaliação da Qualidade de vida de cuidadores de pacientes com sequelas neurológicas. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 497-502, 2008.

SOUZA, C. B. et al. O cuidado domiciliar de idosos com Acidente Vascular Cerebral: cuidadores familiares. **Revista de Enfermagem de UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 41-5, jan-mar 2009.

SOUZA, N. R. et al. Olhar sobre o cuidador de idosos dependentes. **Revista Saúde.com**, Jequié, v. 1, n. 1, p. 51-9, 2005.

TAMAKI, E. M. Qualidade de vida: individual ou coletiva? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 20-2, 2000.

TOSELAND, R. W.; ROSSINTER, K. L. Group interventions to support family caregivers: a review and analysis. **The Gerontologist**, Oxford, v. 29, n. 4, p. 438-48, 1989.

TRÓCCOLI, B.; ALBUQUERQUE, A. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. **Psicologia**, Lisboa, v. 20, n. 2, p. 153-64, 2004.

UNITED NATIONS. Department of Social and Economic Affairs: Population Division. **World population prospects 1950-2050: the 2006 revision**. New York, 2006.

VARGAS, M. A.; RODRIGUES, M. L. V. Perfil da demanda em um serviço de oftalmologia de atenção primária. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 77-83, 2010.

VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 225-33, 1987.

VILELA, A. B. A. et al. Perfil do familiar cuidador de idoso doente e/ou fragilizado do contexto sociocultural de Jequié – BA. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 55-69, 2006.

WHITLATCH, C. et al. The stress process of family caregiving in institutional settings. **The Gerontologist**, Oxford, v. 41, n. 4, p. 462-73, 2001.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties. **Social Science and Medicine**, New York, v. 46, n. 12, p. 1569-85, 1998.

YE, J. L.; SCHULZ, R. Gender differences in psychiatric morbidity among caregivers: a review and analysis. **The Gerontologist**, Oxford, v. 40, n. 2, p. 147-64, 2000.

YUASO, D. R. Cuidadores de idosos dependentes no contexto domiciliário. p. 711-7. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2007.

ZARIT, S. H. Interventions with family caregivers. p. 139-59. In: ZARIT, S. H.; KNIGHT, B. G. (Eds). **A guide to psychotherapy and aging**. Washington: American Psychological Association, 1997.

ZOHAR, N.; GREENBERGER, C.; BACHNER, Y. G. Profile, burden, and quality of life of Israeli stroke survivor caregivers: a longitudinal study. **Journal of Neuroscience Nursing**, Glenview, v. 41, n. 2, p.92-104, 2009

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR

Nome: _____
 Data da entrevista: _____
 Endereço: _____ Tel: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/_____
 Idade: (anos completos).....

SEXO.....
 (1)- Masculino (2)- Feminino

II – DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE

QUAL O SEU ESTADO CONJUGAL?.....

- (1)- Nunca se casou ou morou com companheiro(a)
 (2)- Mora com esposo(a) ou companheiro(a) (3)- Viúvo(a)
 (4)- Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a) (99)- Ignorado

O SR. MORA EM SEU DOMICÍLIO.....

- (1)- Só (ninguém mais vive permanentemente junto)
 (2)- Somente com o idoso cuidado
 (3)- Somente com cônjuge
 (4)- Com outros de sua geração (com ou sem cônjuge)
 (5)- Com filhos (com ou sem cônjuge)
 (6)- Com netos (com ou sem cônjuge)
 (7)- Outros arranjos _____
 (8)- Não sei

ESCOLARIDADE:.....

Atenção: deverão ser anotados quantos anos completos estudou sem repetir a mesma série.

0- Analfabeto

99- ignorado

QUAL A SUA RENDA INDIVIDUAL?.....

O(A) SENHOR(A) NO MOMENTO TEM ALGUM DESTES PROBLEMAS DE SAÚDE E QUE PODE OU NÃO INTERFERIR NAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA, SENDO ESTE ADQUIRIDO APÓS EXERCER A FUNÇÃO DE CUIDADOR?

Problemas de saúde	NÃO	SIM		Ignorado
		Interfere na vida diária	Não Interfere na vida diária	
A) Reumatismo	1	2	3	99
B) Artrite/artrose	1	2	3	99
C) Osteoporose	1	2	3	99
D) Asma ou bronquite	1	2	3	99
E) Tuberculose	1	2	3	99
F) Embolia	1	2	3	99
G) Pressão alta	1	2	3	99
H) Má circulação (varizes)	1	2	3	99
I) Problemas cardíacos	1	2	3	99
J) Diabetes	1	2	3	99
K) Obesidade	1	2	3	99
L) Derrame	1	2	3	99
M) Parkinson	1	2	3	99
N) Incontinência urinária	1	2	3	99
O) Incontinência fecal	1	2	3	99
P) Prisão de ventre	1	2	3	99

Q) Problemas para dormir	1	2	3	99
R) Catarata	1	2	3	99
S) Glaucoma	1	2	3	99
T) Problemas de coluna	1	2	3	99
U) Problema renal	1	2	3	99
V) Sequela acidente/trauma	1	2	3	99
W) Tumores malignos	1	2	3	99
X) Tumores benignos	1	2	3	99
Y) Problema de visão	1	2	3	99
Z) Outras (gripe, diarreia, dor...)	1	2	3	99
Especifique				

17. 1) NÚMERO DE DOENÇAS-----

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado a participar do estudo “*Qualidade de vida e sobrecarga de estresse de cuidador de idoso com histórico de Acidente Vascular Encefálico*”. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. Os objetivos deste estudo são: Caracterizar os cuidadores de idosos com histórico de AVE segundo as variáveis sócio-demográficas, tipo e número de morbidades que os acometeram; mensurar a qualidade de vida e a sobrecarga de estresse do cuidador; correlacionar o número de morbidades com os escores de qualidade de vida e de sobrecarga de estresse do cuidador; correlacionar os escores de qualidade de vida com a sobrecarga de estresse do cuidador; verificar os fatores associados à sobrecarga de estresse do cuidador e a qualidade de vida. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,/...../.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal
Documento de identidade: _____

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do entrevistador

Telefone de contato dos pesquisadores: (34) 9997-8135

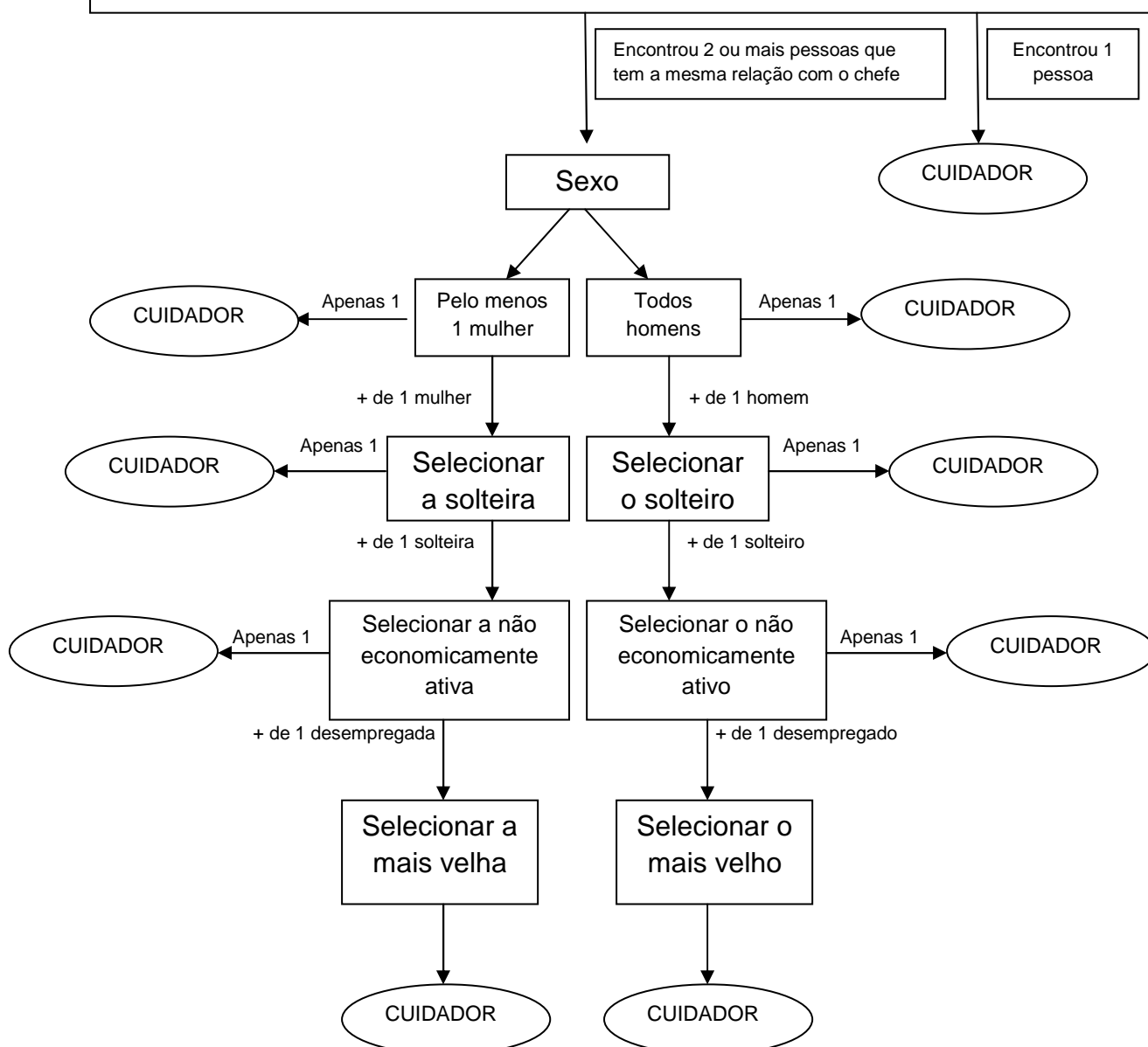
Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

ANEXOS

ANEXO 1 – PROCESSO DE SELEÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL PRINCIPAL

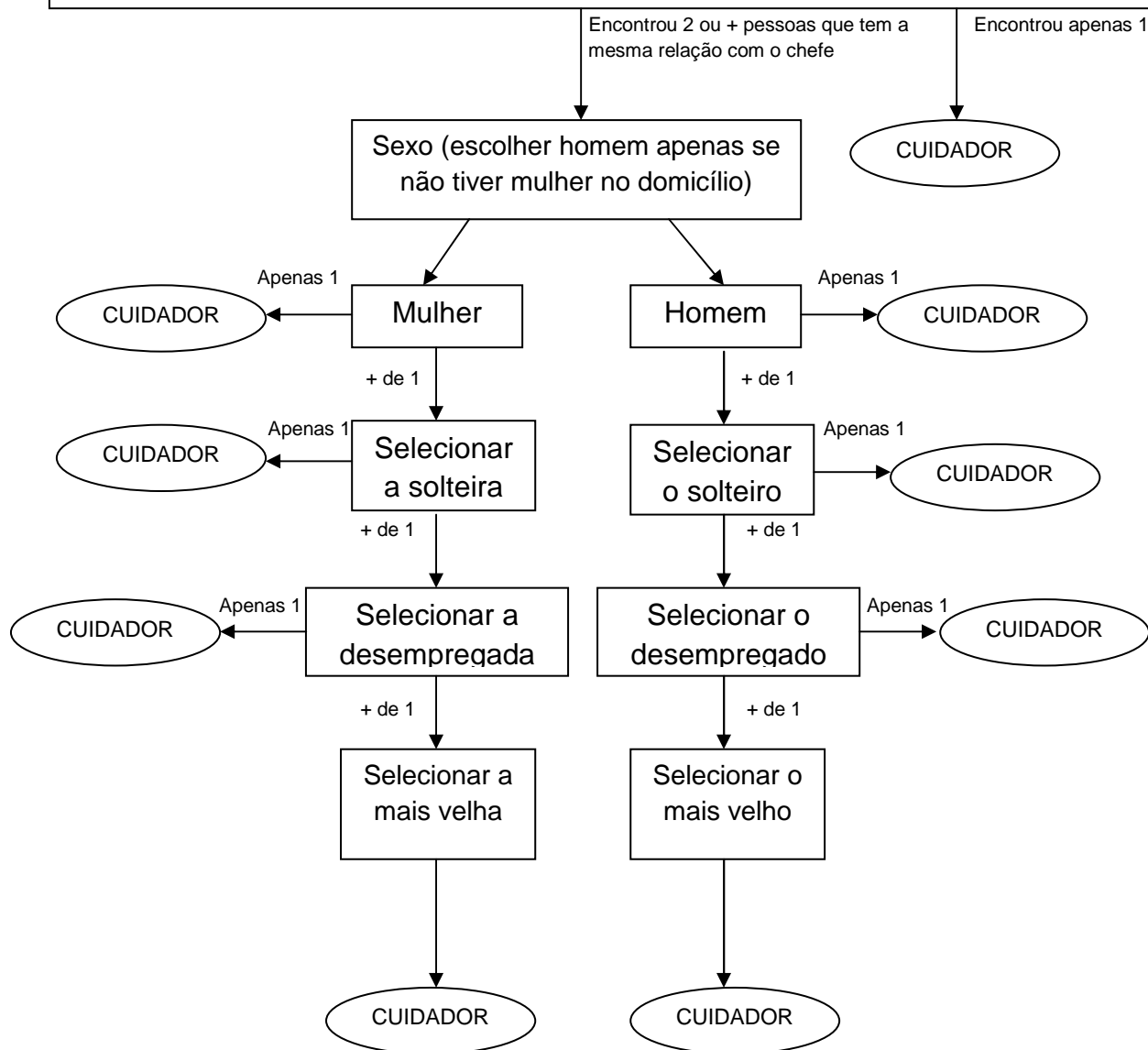
1º caso: O idoso com histórico de AVE é o chefe do domicílio

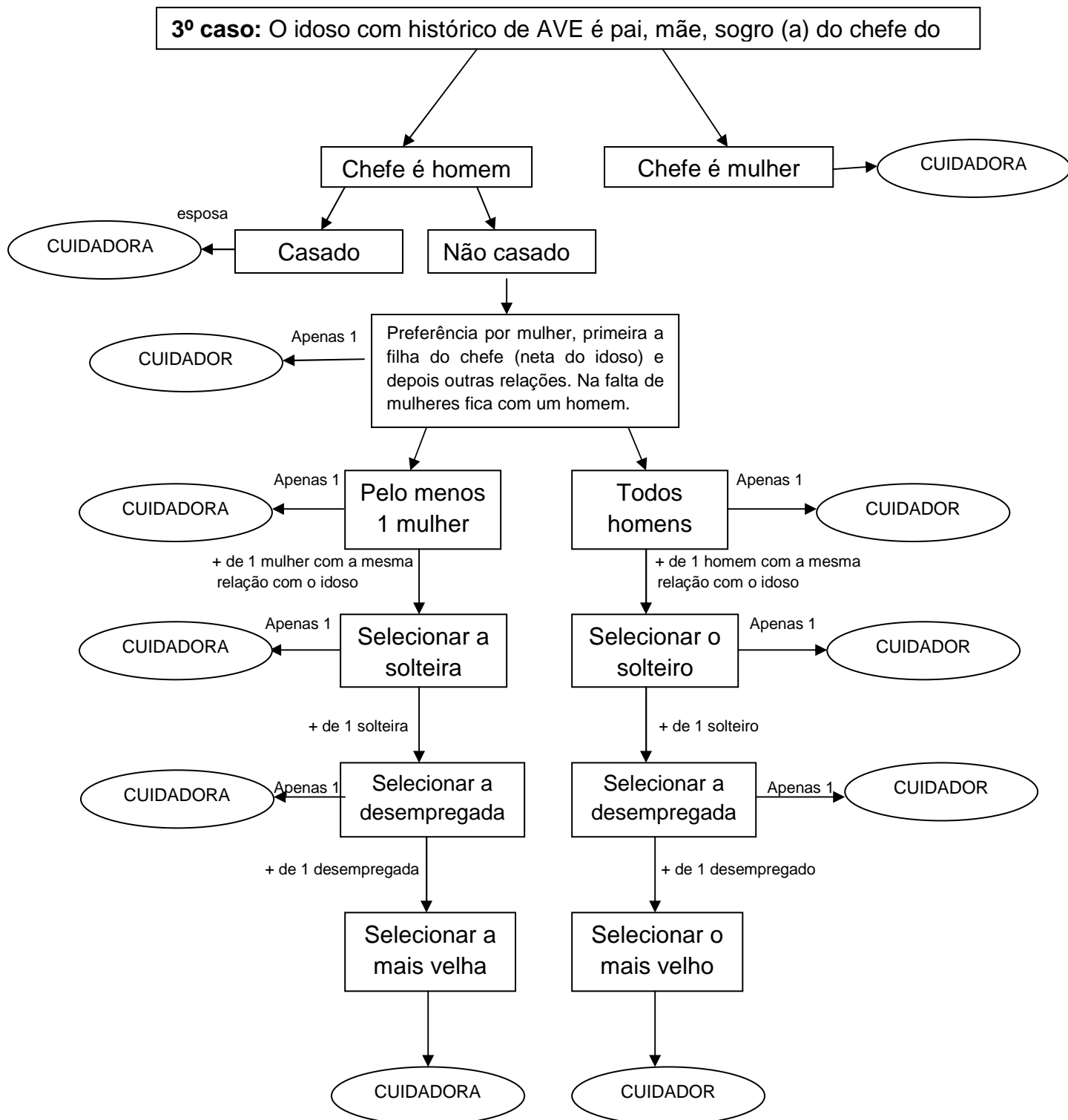
Selecionar pela ordem, até encontrar uma relação com o chefe existente no domicílio: **1ª opção:** conjugue ou companheiro (a); **2ª opção:** Filho(a), enteado (a); **3ª opção:** pai, mãe, sogro (a); **4ª opção:** neto (a), bisneto (a); **5ª opção:** irmã, irmão; **6ª opção:** outro parente; **7ª opção:** agregado (a).



2º caso: O idoso com histórico de AVE é conjuge ou companheiro(a) do chefe do domicílio

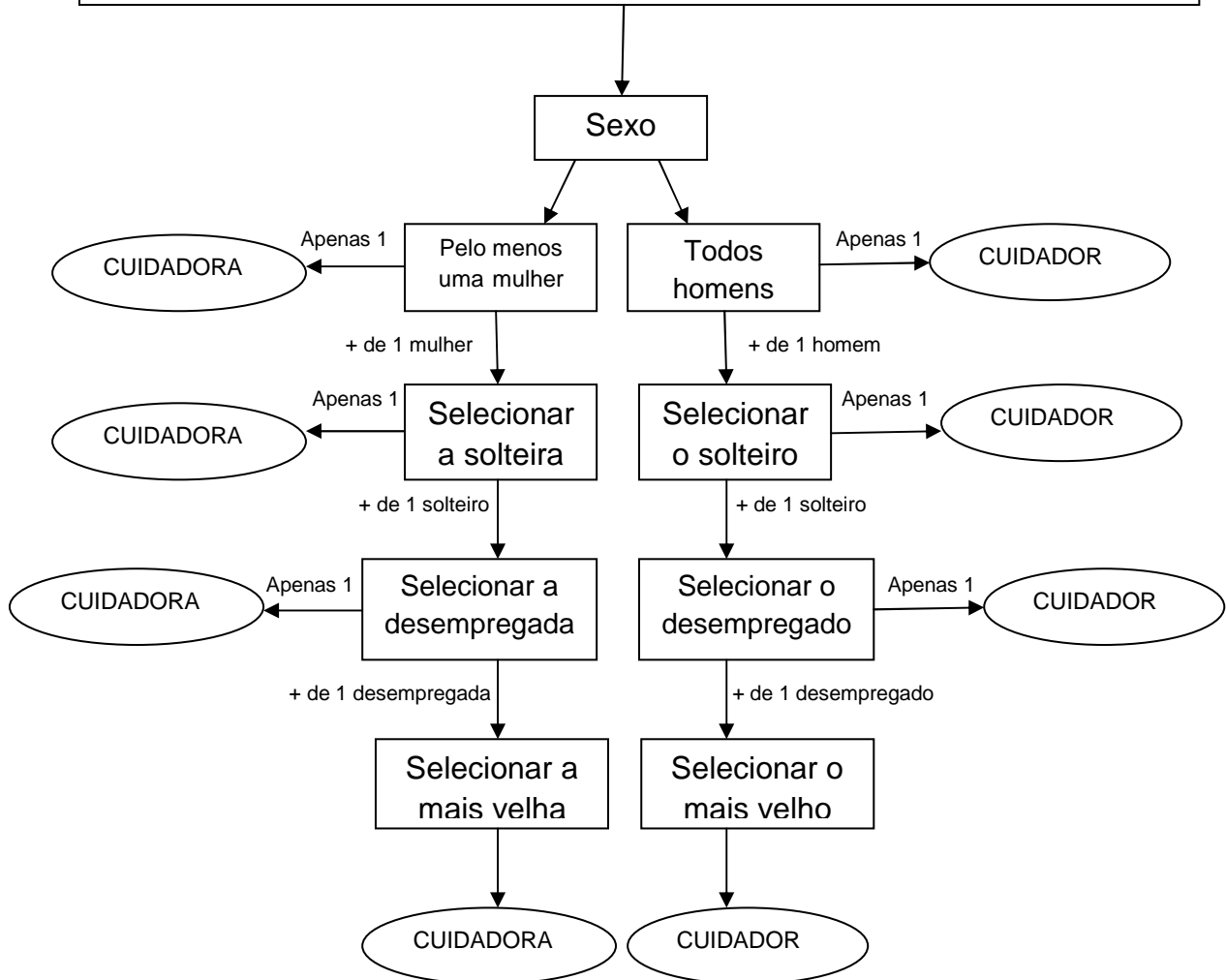
Selecionar pela ordem, até encontrar uma relação com o chefe existente no domicílio: **1ª opção:** chefe do domicílio; **2ª opção:** Filho(a), enteado (a); **3ª opção:** pai, mãe, sogro (a); **4ª opção:** neto (a), bisneto (a); **5ª opção:** irmã, irmão; **6ª opção:** outro parente; **7ª opção:** agregado (a).





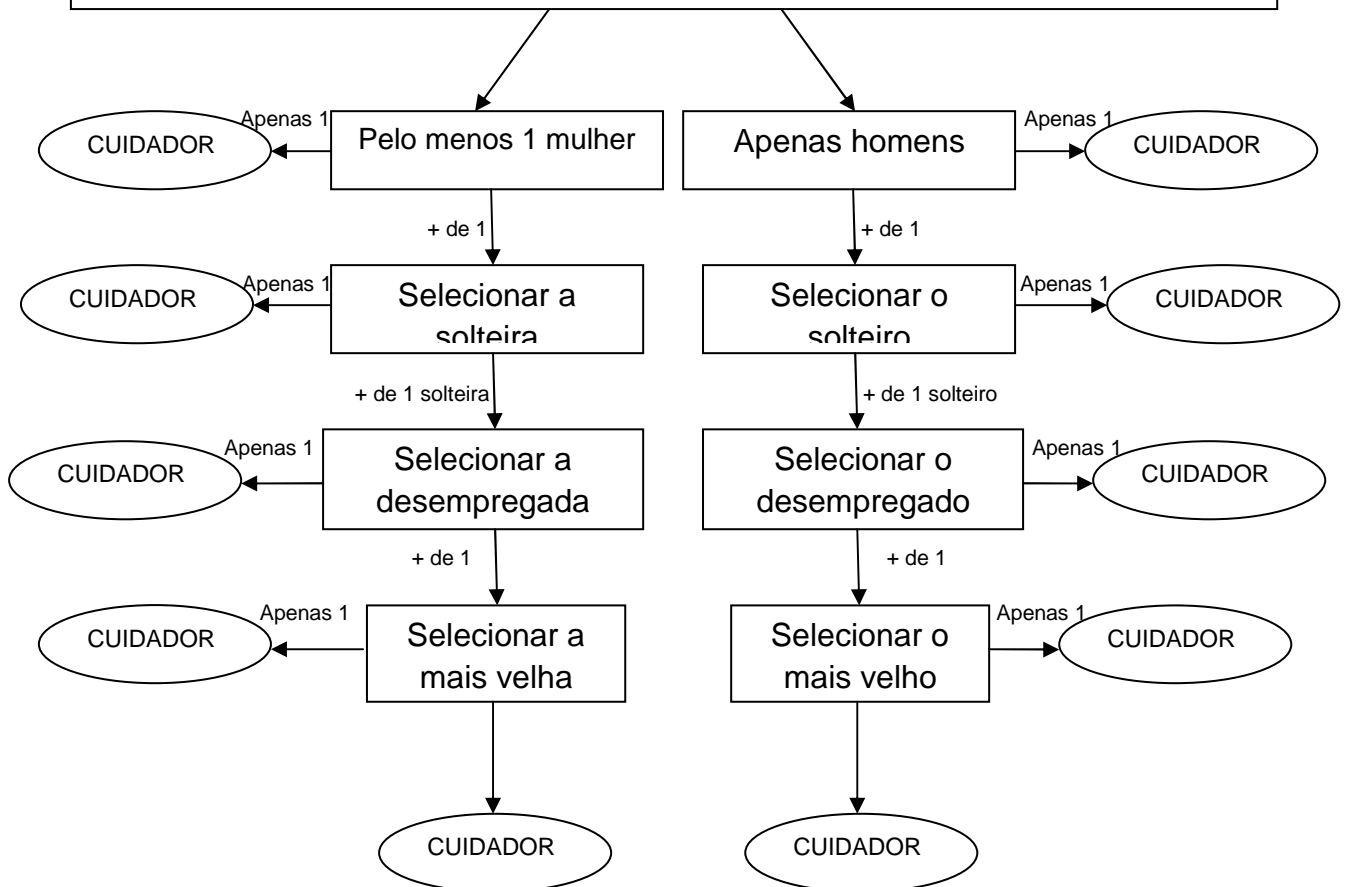
4º caso: o idoso é filho (a), enteado (a) do chefe do domicílio

Selecionar uma mulher no domicílio. No caso de só restarem homens, o cuidador terá que ser um deles



5º caso: O idoso tem qualquer outra relação com o chefe do domicílio

Selecionar uma mulher qualquer do domicílio. No caso de só restarem homens, o cuidador terá que ser um deles



ANEXO 2 – BOMFAQ

A- Agora eu gostaria de perguntar sobre algumas atividades e tarefas do dia a dia do idoso. Estamos interessados em saber se o (a) sr (a) consegue fazer estas atividades sem nenhuma necessidade de auxílio ou se precisa de alguma ajuda, ou se não consegue fazer tais atividades de forma nenhuma.

	Sem dificuldade	Com dificuldade		Não consegue	Não respondeu
		Pouca	Muita		
Deitar/levantar-cama	1	2	3	4	99
Comer	1	2	3	4	99
Pentear cabelo	1	2	3	4	99
Andar no plano	1	2	3	4	99
Tomar banho	1	2	3	4	99
Vestir-se	1	2	3	4	99
Ir ao banheiro em tempo	1	2	3	4	99
Subir escada (1 lance)	1	2	3	4	99
Medicar-se na hora certa	1	2	3	4	99
Andar perto de casa	1	2	3	4	99
Fazer compras	1	2	3	4	99
Preparar refeições	1	2	3	4	99
Cortar unhas dos pés	1	2	3	4	99
Sair de condução	1	2	3	4	99
Fazer limpeza de casa	1	2	3	4	99
TOTAL					

B- O idoso no momento tem algum destes problemas de saúde e que pode ou não interferir nas suas atividades de vida diária?

Problemas de saúde	NÃO	SIM		Ignorado
		Não interfere na vida diária	Interfere na vida diária	
A) Reumatismo	1	2	3	99
B) Artrite/artrose	1	2	3	99
C) Osteoporose	1	2	3	99
D) Asma ou bronquite	1	2	3	99
E) Tuberculose	1	2	3	99
F) Embolia	1	2	3	99
G) Pressão alta	1	2	3	99
H) Má circulação (varizes)	1	2	3	99
I) Problemas cardíacos	1	2	3	99
J) Diabetes	1	2	3	99
K) Obesidade	1	2	3	99
L) Derrame	1	2	3	99
M) Parkinson	1	2	3	99
N) Incontinência urinária	1	2	3	99
O) Incontinência fecal	1	2	3	99
P) Prisão de ventre	1	2	3	99
Q) Problemas para dormir	1	2	3	99
R) Catarata	1	2	3	99
S) Glaucoma	1	2	3	99
T) Problemas de coluna	1	2	3	99
U) Problema renal	1	2	3	99
V) Sequela acidente/trauma	1	2	3	99
W) Tumores malignos	1	2	3	99
X) Tumores benígnos	1	2	3	99
Y) Problema de visão	1	2	3	99
Z) Outras (gripe, diarreia, dor...)	1	2	3	99
Especifique				

Número de doenças:

ANEXO 3 – INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

WHOQOL – ABREVIADO

Versão em Português

**PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA**

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck

Professor Adjunto

Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre – RS – Brasil

Instruções

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

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

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

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

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

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

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

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

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

As questões seguintes perguntam sobre **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

A questão seguinte refere-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Freqüente mente	Muito freqüente mente	Sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

ANEXO 4 – ESCALA ZARIT BURDEN INTERVIEW

	NUNCA	RARA- MENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUEN- TEMENTE	SEMPRE
1. O(a) Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) pede mais ajuda do que ele(a) necessita?					
2. O(a) Sr(a) sente que por causa do tempo que o (a) Sr(a) gasta com NOME DO IDOSO(A) não tem tempo suficiente para si mesmo(a)?					
3. O (a) Sr(a) se sente estressado(a) entre cuidar de NOME DO IDOSO(A) e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?					
4. O (a) Sr (a) sente envergonhado(a) com o comportamento de NOME DO IDOSO(A)?					
5. O(a) Sr(a) sente irritado(a) quando NOME DO IDOSO(A) está por perto?					
6. O(a) Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?					
7. O(a) Sr(a) sente receio pelo futuro de NOME DO IDOSO(A)?					
8. O(a) Sr(a) sente que de NOME DO IDOSO(A) depende do(a) Sr(a)?					
9. O(a) Sr(a) se sente tenso(a) quando NOME DO IDOSO(A) está por perto?					
10. O(a) Sr(a) sente que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com NOME DO IDOSO(A)?					
11. O(a) Sr(a) sente que Não tem tanta privacidade como gostaria por causa de NOME DO IDOSO(A)?					
12. O(a) Sr(a) sente que sua vida social tem sido prejudicada em razão de ter de cuidar de NOME DO IDOSO(A)?					
13. O(a) Sr(a) não se sente à vontade em receber visitas em casa por causa de NOME DO IDOSO(A)?					
14. O(a) Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) espera que o(a) Sr(a) cuide dele(a) como se fosse a única pessoa de quem ele(a) pode depender?					
15. O(a) Sr(a) sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de NOME DO IDOSO(A) somando-se às suas outras despesas?					
16. O(a) Sr(a) sente que será incapaz de cuidar de NOME DO IDOSO(A) por muito mais tempo?					
17. O(a) Sr(a) sente que perdeu o controle de sua vida desde a doença de NOME DO IDOSO(A)?					
18. O(a) Sr(a) gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de					

NOME DO IDOSO(A)?					
19. O(a) Sr(a) se sente em dúvida sobre o que fazer por NOME DO IDOSO(A)?					
20. O(a) Sr(a) sente que deveria estar fazendo mais por NOME DO IDOSO(A)?					
21. O(a) Sr(a) sente que poderia cuidar melhor de NOME DO IDOSO(A)?					
22. De uma maneira geral, quanto o(a) Sr(a) se sente sobrecarregado por cuidar de NOME DO IDOSO(A)?					

ANEXO 5 – SINTAXE DO INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

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

```

recode q1 q2 q3 q4 q5 q6 q7 q8 q9 q10 q11 q12 q13 q14 q15 q16 q17 q18 q19 q20
q21 q22 q23 q24 q25 q26
(1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (else=sysmis).
execute.

```

```

recode q3 q4 q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1) into
qr_3 qr_4 qr_26.
execute.

```

```

compute phys=(mean.6 (q3, q4, q10, q15, q16, q17, q18))*4.
compute psych=(mean.5 (q5, q6, q7, q11, q19, qr_26))*4.
compute social=(mean.2 (q20,q21,q22))*4.
compute envir=(mean.6 (q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24, q25))*4.

```

```

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

```

```

compute phys_p=(phys - 4) * (100/16).
compute psych_p=(psych - 4) * (100/16).
compute social_p=(social - 4) * (100/16).
compute envir_p=(envir - 4) * (100/16).

```

```

compute total_p=(total - 4) * (100/16).

```

```

compute q1_p=(q1 - 1) * (100/4).
compute q2_p=(q2 - 1) * (100/4).

```

```

count total=q1 to q26 (1 thru 5).
select if (total>21).
execute.

```

```

compute qr_3_p=(qr_3 - 1) * (100/4).
compute qr_4_p=(qr_4 - 1) * (100/4).
compute q5_p=(q5 - 1) * (100/4).
compute q6_p=(q6 - 1) * (100/4).
compute q7_p=(q7 - 1) * (100/4).
compute q8_p=(q8 - 1) * (100/4).
compute q9_p=(q9 - 1) * (100/4).
compute q10_p=(q10 - 1) * (100/4).
compute q11_p=(q11 - 1) * (100/4).
compute q12_p=(q12 - 1) * (100/4).
compute q13_p=(q13 - 1) * (100/4).
compute q14_p=(q14 - 1) * (100/4).
compute q15_p=(q15 - 1) * (100/4).
compute q16_p=(q16 - 1) * (100/4).

```

```
compute q17_p=(q17 - 1) * (100/4).  
compute q18_p=(q18 - 1) * (100/4).  
compute q19_p=(q19 - 1) * (100/4).  
compute q20_p=(q20 - 1) * (100/4).  
compute q21_p=(q21 - 1) * (100/4).  
compute q22_p=(q22 - 1) * (100/4).  
compute q23_p=(q23 - 1) * (100/4).  
compute q24_p=(q24 - 1) * (100/4).  
compute q25_p=(q25 - 1) * (100/4).  
compute qr_26_p=(qr_26 - 1) * (100/4).
```

ANEXO 6 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS/UFTM

5/6



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP
Parecer Consubstanciado

PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: QUALIDADE DE VIDA E SOBRECARGA DE ESTRESSE DO CUIDADOR DE IDOSO COM HISTÓRICO DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO
PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Darlene Mara dos Santos Tavares
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM
DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 19-11-2009
PROTOCOLO CEP/UFTM: 1512

constrangimento será evitado com esclarecimento de pesquisa e entrevista individualizada. Benefícios: mensurar a qualidade de vida e a sobrecarga de estresse dos cuidadores de idosos com histórico de acidente vascular encefálico, posteriormente possibilitar a implementação de ações, a fim de prevenir os baixos escores de qualidade de vida e altos escores de sobrecarga de estresse, bem como proporcionar uma melhor qualidade de vida para estes cuidadores.

8. RETORNO DE BENEFÍCIOS PARA O SUJEITO E/OU PARA A COMUNIDADE

Espera-se que exista escore alto de sobrecarga de estresse do cuidador e escores baixos de qualidade de vida, acredita-se também que exista uma associação com o aumento do número de morbidades do cuidador, do número de morbidades do idoso e do escore de incapacidades funcionais do idoso.

9. JUSTIFICATIVA DE SUSPENSÃO TERAPÊUTICA ("Wash out") – Não pertinente.

Não pertinente.

10. JUSTIFICATIVA DO USO DE PLACEBO – Não pertinente.

11. ORÇAMENTO FINANCEIRO DETALHADO DA PESQUISA

Será necessário computador, impressora, folha A4. As despesas serão de responsabilidade do pesquisador.

MATERIAL	QUANTIDADE	VALOR UNIT	VALOR ESTIMADO ANO (RS)
1. Papel sulfite A4	03 pacote:	13,00	39,00
2. CD/DVD	01 caixa c/50	50,00	50,00
3. Caderno capa dura (c/100)	01 unidade	10,00	10,00
4. Toner para impressora	01 unidade	274,00	274,00
5. Canetas azuis	01 caixa c/50	30,00	30,00
6. Lápis preto	01 caixa c/20	20,00	20,00
7. Combustível (gasolina)	500 litros	2,60	1.300,00
8. Total			1.723,00

12. FORMA E VALOR DA REMUNERAÇÃO DO PESQUISADOR

A remuneração do primeiro pesquisador será feita com recursos próprios, sendo que este possui regime de professor adjunto da Universidade. Já o segundo pesquisador é bolsista do REUNI e também não terá remuneração.

13. ADEQUAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO E FORMA DE OBTÊ-LO

Para a realização das entrevistas os participantes serão contatados previamente e antes do início o entrevistador apresentará os objetivos do estudo e solicitará o consentimento dos mesmos. O consentimento deverá constar em termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice 2) que deverá ser assinado pelos participantes do projeto.

14. ESTRUTURA DO PROTOCOLO – O protocolo foi adequado para atender às determinações da Resolução CNS 196/96.

15. COMENTÁRIOS DO RELATOR FRENTE À RESOLUÇÃO CNS 196/96 E COMPLEMENTARES

PARECER DO CEP: APROVADO

(O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início do processo).

DATA DA REUNIÃO: 26-02-2010

Prof. Ana Palmira Soares dos Santos
 Coordenadora