

# Correlação entre qualidade de vida e morbidade do cuidador de idoso com acidente vascular encefálico\*

CORRELATION BETWEEN QUALITY OF LIFE AND MORBIDITY OF THE CAREGIVERS OF ELDERLY STROKE PATIENTS

CORRELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y MORBILIDAD DEL CUIDADOR DE ANCIANO SON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Nilce Maria de Freitas Santos<sup>1</sup>, Darlene Mara dos Santos Tavares<sup>2</sup>

## RESUMO

Este estudo objetivou descrever as características sociodemográficas e a qualidade de vida dos cuidadores de idosos com histórico de acidente vascular cerebral e correlacionar o número de morbidades com os escores de qualidade de vida do cuidador. Inquérito domiciliar transversal que entrevistou cuidadores de idosos utilizando-se de instrumentos: semi-estruturado; World Health Organization Quality of Life-abreviado e Brazilian Multidimensional Functional Assessment Questionnaire. Foi realizada análise descritiva e correlação de Pearson ( $p < 0,05$ ). Prevaleceu o sexo feminino (93,5%), idade média de 55,4±14,17 anos, casados ou moram com companheiro (58,7%), com 4|–8 anos de estudo (28,3%) e renda de 1 salário mínimo (34,8%). O maior escore de qualidade de vida foi no domínio relações sociais (67,57) e, menor no meio ambiente (54,82). O maior número de morbidades do cuidador correlacionou-se com menores escores em todos os domínios de qualidade de vida.

## DESCRIPTORIOS

Cuidadores  
Qualidade de vida  
Acidente vascular cerebral  
Idoso

## ABSTRACT

The objective of this study was to describe the sociodemographic characteristics and the quality of life of the caregivers of elderly individuals with a stroke history, and correlate morbidity with the caregivers' quality of life scores. This is a cross-sectional household survey that interviewed the caregivers of elderly individuals using the following tools: a semi-structured instrument; the World Health Organization Quality of Life-BREF; and the Brazilian Multidimensional Functional Assessment Questionnaire. Descriptive analysis and Pearson's correlation ( $p < 0.05$ ) were performed. Most participants were female (93.5%), with a mean age of 55.4±14.17 years, married or living with a partner (58.7%), with four to eight years of education (28.3%), and an income equivalent to one minimum wage salary (34.8%). The highest quality of life score was in the social relations domain (67.57) and the lowest was in the environmental domain (54.82). The highest number of caregiver morbidities correlated with the lowest scores in all quality of life domains.

## DESCRIPTORS

Caregivers  
Quality of life  
Stroke  
Aged

## RESUMEN

Este estudio objetivó describir las características sociodemográficas y calidad de vida de los cuidadores de ancianos con historia de accidente cerebrovascular y correlacionar el número de morbilidad con los puntajes de calidad de vida del cuidador. Investigación domiciliar transversal que entrevistó cuidadores de ancianos utilizando los instrumentos: semiestructurado; World Health Organization Quality of Life abreviado y Brazilian Multidimensional Functional Assessment Questionnaire. Fue efectuado análisis descriptivo y correlación de Pearson ( $p < 0,05$ ). Prevalció el sexo femenino (93,5%), promedio etario de 55,4±14,17 años, casados o viviendo en pareja (58,7%), con 4|–8 años de estudio (28,3%) y renta equivalente a un salario mínimo (34,8%). El mayor puntaje de calidad de vida se ubicó en el dominio “relaciones sociales” (67,57) y el menor, en “medio ambiente” (54,82). El mayor número de morbilidades del cuidador se correlacionó con menores puntajes en todos los dominios de calidad de vida.

## DESCRIPTORES

Cuidadores  
Calidad de vida  
Accidente cerebrovascular  
Anciano

\* Extraído da dissertação “Qualidade de vida e sobrecarga de estresse do cuidador de idoso com histórico de Acidente Vascular Encefálico”, Programa Stricto Sensu em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2010. <sup>1</sup> Fisioterapeuta. Mestre em Atenção à Saúde. Limeira do Oeste, MG, Brasil. nilcemfsantos@hotmail.com <sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, Brasil. darlenetavares@enfermagem.uftm.edu.br

## INTRODUÇÃO

O acidente vascular encefálico (AVE) conceitua-se como *um sinal clínico de rápido desenvolvimento de perturbação focal da função cerebral, de suposta origem vascular e com mais de 24 horas*<sup>(1)</sup>. Possui alta incidência entre os idosos. Anualmente, 15 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem um acidente vascular encefálico, destas, cinco milhões morrem e outros cinco milhões ficam com algum grau de deficiência, gerando incapacidade funcional<sup>(1)</sup>.

A permanência das sequelas incapacitantes gera limitações motoras, sensitivas, sensoriais, de compreensão e de 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. 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 informal<sup>(2)</sup>.

O cuidador é a pessoa da família ou da comunidade, com ou sem remuneração, que executa os cuidados a alguém que esteja necessitando, por estar acamado, com limitações físicas ou mentais<sup>(3)</sup>. Sua função é acompanhar e auxiliar o sujeito a se cuidar, fazendo por ele somente as atividades que não consiga sozinho. Algumas atividades realizadas pelo cuidador são: escutar, estar atento e ser solidário com o sujeito 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 sobre mudanças no estado de saúde, dentre outras<sup>(3)</sup>.

As demandas para o ato de cuidar podem insurgir em fatores estressantes como: os cuidados diretos, contínuos, intensos, e a vigilância constante; o desconhecimento ou a falta de informações para o desempenho da atividade; a sobrecarga de trabalho; a exacerbação ou o afloramento de conflitos 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<sup>(4)</sup>.

Este mal-estar e tensão não são tolerados durante longo período de tempo, assim, o cuidador tende a adaptar novos modos de resposta para superar a crise, podendo conduzir a adaptação positiva, ou ao ajustamento não saudável com repercussões emocionais negativas<sup>(4)</sup>, que influenciam a sua qualidade de vida (QV).

O conceito de qualidade de vida, abrangente e complexo, guarda relação com os aspectos multidimensionais da saúde, da independência, das relações sociais e das características do meio ambiente<sup>(5)</sup>. A qualidade de vida (QV) 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<sup>(5)</sup>.

É importante salientar que muitas vezes, o cuidador, devido ao nível de envolvimento nos cuidados com o idoso, passa a não prestar atenção nas necessidades pessoais. Assim, começam a surgir também os problemas físicos, oriundos da inobservância do autocuidado<sup>(6)</sup>.

Nos últimos anos, o cuidador informal ou familiar, vem sendo objeto de várias investigações<sup>(7-11)</sup>. Porém, estudos que abordam o cuidador de idoso com histórico de acidente vascular encefálico, especialmente sobre a sua qualidade de vida, são escassos<sup>(7,11)</sup>.

A investigação da qualidade de vida do cuidador de idosos com histórico de acidente vascular encefálico e possíveis fatores associados, proposto neste estudo, contribui para identificar as mudanças na vida dessa pessoa após vir a ser um cuidador. Os resultados podem subsidiar ações voltadas diretamente aos cuidadores visando contribuir para a melhoria na sua qualidade de vida.

Desta forma os objetivos deste estudo foram: descrever as características sociodemográficas e a qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos com histórico de acidente vascular encefálico e correlacionar o número de morbidades com os escores de qualidade de vida do cuidador.

...muitas vezes, o cuidador, devido ao nível de envolvimento nos cuidados com o idoso, passa a não prestar atenção nas necessidades pessoais. Assim, começam a surgir também os problemas físicos, oriundos da inobservância do autocuidado.

## MÉTODO

Estudo tipo inquérito domiciliar transversal, observacional, com abordagem quantitativa, realizado na zona urbana do município de Uberaba-MG.

Para a captação da população (cuidador de idoso dependente com acidente vascular encefálico) foi solicitado ao Departamento de Sistemas e Métodos dados de idosos que estiveram internados no Hospital de Clínicas (HC) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), no período de julho de 2003 a dezembro de 2008. A seleção partiu da Classificação Internacional de Doenças (CID) principais: I60, I61, I62, I63 e I64. Os dados solicitados foram: nome, endereço, telefone, data de nascimento, data da internação, evolução da alta e local de internação. No período mencionado a internação dos idosos no HC da Universidade Federal do Triângulo Mineiro correspondeu a 1549. Destes, foram selecionados os que residiam na zona urbana

de Uberaba-MG e que tinham 60 anos ou mais, na data da internação. Os registros duplicados foram excluídos. Após essa seleção foram encontrados 606 idosos, que foram contatados por telefone, visando identificar aqueles que eram dependentes e tinham cuidador informal.

Os critérios de inclusão adotados foram: ser cuidador informal principal do idoso com histórico de acidente vascular encefálico no mínimo um ano do primeiro episódio e aceitar participar do estudo. Dos 606 idosos que foram contatados por telefone, 174 haviam falecido; 123 eram independentes e não precisavam de cuidador; 60 idosos tinham cuidador a menos de 1 ano; 11 não consentiram em participar do estudo, 35 haviam sido institucionalizados e 157 mudaram de endereço. Desta forma, o estudo foi conduzido com 46 cuidadores que atenderam aos critérios de inclusão.

Os dados foram coletados no domicílio, no período de abril a junho de 2010. Para a caracterização sociodemográfica elaborou-se instrumento semi-estruturado, previamente testado. As variáveis estudadas 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 cônjuge, com outros de sua geração, com filhos, com netos, outros arranjos, não sei), escolaridade, anos de estudo (sem escolaridade, 1|-4, 4|-8, 8, 9|-11, 11 e mais), renda individual, salários mínimos (sem renda, <1, 1, 1-|3, 3-|5), tempo como cuidador, em anos.

Para avaliação da capacidade funcional e identificação das morbidades do idoso utilizou-se parte do instrumento Brazilian Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (BOMFAQ), adaptado do questionário Older Americans Resources and Services (OARS), traduzido e adaptado para o Brasil<sup>(12)</sup>. A capacidade funcional foi obtida por meio das atividades de autocuidado (levantar da cama; comer; pentear o cabelo; vestir-se; tomar banho; andar no plano, subir um lance de escadas e 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), que compôs um escore variável entre 15 e 60 pontos, sendo interpretado maior comprometimento quanto maior o seu valor<sup>(12)</sup>. Para avaliação das morbidades do idoso e do cuidador o cuidador respondeu sobre a existência ou não de algumas morbidades, foi composto um somatório total, variável entre zero e 27<sup>(12)</sup>.

Quanto a qualidade de vida (QV) do cuidador foi utilizado o instrumento World Health Organization Auality of Life-Bref (WHOQOL-BREF), composto por quatro domínios: Físico (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho); Psicológico (sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem

corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião e crenças pessoais), Relações Sociais (relações pessoais, suporte (apoio) social, atividade sexual) e 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 em, e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima e transporte)<sup>(13)</sup>.

Foi construída planilha eletrônica no programa Excel® e os dados coletados foram digitados, em dupla entrada, para verificação da consistência entre as duas bases. Os dados foram analisados no programa estatístico *Statiscal Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0. Cada domínio do WHOQOL-BREF foi analisado isoladamente, empregando-se a sintaxe disponibilizada pela OMS. Os escores variaram de 0 a 100, sendo que, os maiores representam maior QV.

Foi realizada análise descritiva por meio de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e, média e desvio padrão para as numéricas. Para verificar a correlação entre o número de morbidades com os escores de QV do cuidador 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 ( $r = -1$ ). Os resultados foram considerados significativos quando  $p < 0,05$ .

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, protocolo Nº 1512. Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

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

A maioria dos cuidadores de idosos com acidente vascular encefálico era do sexo feminino (93,5%); possuía idade média de 55,4 anos ( $DP \pm 14,17$ ); tinha 4|-8 anos de estudo (28,3%); era casado (a) ou morava com companheiro (a) (58,7%), dividiam a moradia com os filhos e/ou o conjugue (45,7%) e estavam na situação de cuidador, em média, há 3,2 anos ( $DP \pm 1,408$ ). Em relação a renda, 34,8% dos cuidadores recebe um salário mínimo e 30,4% não possui renda. A fonte de renda é proveniente de outras fontes (63%), excetuando-se a de aposentadoria e de salário como cuidador, Tabela 1.

Na autoavaliação da qualidade de vida (QV) os cuidadores consideraram-na como boa (50%); nem ruim, nem boa (37%); muito ruim (6.5%) e muito boa (6.5%). Quanto

à 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.

**Tabela 1** – Distribuição de freqüência das variáveis sociodemográficas dos cuidadores de idosos com histórico de acidente vascular encefálico – 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 (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

Na Tabela 2, apresentam-se os escores dos domínios de QV e sua correlação com o número de morbidades do cuidador.

**Tabela 2** - Valores da média e desvio padrão dos domínios de qualidade de vida e correlação com o número de morbidades do cuidador - Uberaba, MG, 2010

Domínios de qualidade de vida	Média	Desvio padrão	Correlação	
			Número de morbidades	
			r	p
Físico	64,52	1,82	-0,556	<0,001
Psicológico	56,34	1,26	-0,512	<0,001
Relações Sociais	67,57	1,65	-0,280	0,059
Meio Ambiente	54,82	1,49	-0,365	0,013

O maior escore de qualidade de vida foi no domínio relações sociais (67,57) e o menor no meio ambiente (54,82) (Tabela 2). Verificou-se correlação moderada ne-

gativa entre o número de morbidades e os escores de qualidade de vida nos domínios físicos ( $r = -0,556$ ;  $p < 0,001$ ) e psicológico ( $r = -0,512$ ;  $p < 0,001$ ), ou seja, quanto maior o número de morbidades do cuidador menores os escores de qualidade de vida nos domínios físico e psicológico. O maior número de morbidades do cuidador esteve correlacionado, de forma fraca, com os menores escores de qualidade de vida nos domínios meio ambiente ( $r = -0,365$ ;  $p = 0,013$ ) e relações sociais ( $r = -0,280$ ;  $p = 0,059$ ) (Tabela 2).

## DISCUSSÃO

A média de idade dos cuidadores foi de 55,4 anos (DP±14,17), semelhantes aos encontrados em investigações realizadas em São Paulo (56,72; DP±15,35)<sup>(9)</sup>, Salvador (54 anos)<sup>(14)</sup> e Israel (54,9; DP±15,23)<sup>(15)</sup>. Observa-se que os cuidadores são na sua maioria de meia idade, porque está culturalmente implícito na sociedade brasileira que cabe aos filhos e aos conjugues cuidar dos idosos<sup>(16)</sup>.

O maior percentual de mulheres como cuidadoras principais corrobora com estudos nacionais<sup>(11,14,17-18)</sup>; e internacionais<sup>(15)</sup> tanto com cuidadores de idosos com acidente vascular encefálico quanto de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer<sup>(19)</sup>. Mesmo com sua inserção no mercado de trabalho, historicamente a mulher tem desempenhado o papel de cuidadora principal. Em geral, esta atividade é socialmente aceita como natural, portanto, cuidar dos familiares idosos é mais um dos papéis que a mulher assume na esfera doméstica<sup>(20)</sup>.

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 traria o sentimento de inutilidade.

Concernente ao estado conjugal percentual semelhante foi encontrado em pesquisa conduzida no Ceará (50%)<sup>(21)</sup> e inferior em São Paulo (74,3%)<sup>(10)</sup> e no Rio Grande do Sul (62,2%)<sup>(17)</sup>. Em investigação realizada em São Paulo com cuidadores de idosos com doença de Alzheimer foi encontrado percentual superior (64,3%)<sup>(19)</sup>. Na maioria das vezes, os conjugues assumem o cuidado do companheiro, movidos principalmente por uma obrigação matrimonial, pelo projeto de vida comum e o compromisso de estar junto na saúde e na doença<sup>(20)</sup>.

Levando em consideração a escolaridade resultado semelhante foi obtido em pesquisa conduzida no Rio Grande do Sul em que 37,1% dos cuidadores possuíam de 3-8



anos de estudo<sup>(17)</sup>. Resultado divergente foi encontrado em outro estudo, sendo que 48,9% dos cuidadores de idosos dependentes possuíam 11 anos de estudo<sup>(4)</sup>. 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, dentre outras funções<sup>(11)</sup>.

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

Em relação à renda individual mensal, média inferior (0,78 salário mínimo) foi obtida em pesquisa conduzida com cuidadores de idosos dependentes<sup>(10)</sup>. O fato de a maioria dos cuidadores terem renda proveniente de outras fontes, que não de aposentadoria e de salário como cuidador denota que há um acúmulo de atividades, pois, além do trabalho formal, o cuidador desenvolve o cuidado ao idoso com acidente vascular encefálico, no domicílio. 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<sup>(8)</sup>.

O tempo médio como cuidador foi superior ao encontrado em investigação realizada em Fortaleza<sup>(14)</sup>, 2,3 anos. Já investigação com cuidadores de idosos com doença de Alzheimer obteve tempo médio como cuidador de 3,5 anos<sup>(19)</sup>, semelhante ao presente estudo. 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 às situações desafiadoras, por parte do cuidador<sup>(4)</sup>.

Inquérito obteve resultado semelhante quanto à autoavaliação da qualidade de vida (QV) pelos cuidadores, sendo que 39,4% autorreferiram boa e 37,8% nem ruim nem boa<sup>(10)</sup>. Já em relação à autoavaliação com a saúde o resultado foi divergente, pois 47% dos cuidadores

referiram estar satisfeitos e 31,8% nem satisfeitos nem insatisfeitos<sup>(10)</sup>.

O maior escore de QV no domínio relações sociais corrobora com estudo conduzido com cuidadores de idosos dependentes (60,85)<sup>(10)</sup>. Contudo, em pesquisa com cuidadores de idosos com Alzheimer o maior escore foi no domínio capacidade funcional (63,6)<sup>(19)</sup>. O domínio relações sociais avalia aspectos relacionados às relações pessoais, apoio e suporte social e atividade sexual<sup>(13)</sup>. Assumir o cuidado de um idoso dependente 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 através das relações interpessoais, grupais e comunitárias oferece sentimento de apoio e proteção ao cuidador propiciando bem-estar psicológico e redução do estresse.

O menor escore de QV no domínio meio ambiente corrobora com pesquisas realizadas em São Paulo (52,5)<sup>(10)</sup> e no interior do Rio Grande do Sul (54,4)<sup>(4)</sup>. Já em estudo conduzido em São Paulo com cuidadores de idosos com Alzheimer, utilizando o instrumento SF-36, os menores escores foram nos domínios aspectos físicos (58,1) e sociais (58,1)<sup>(19)</sup>. O domínio meio ambiente abrange aspectos relacionados à segurança física, ambiente no lar, recursos financeiros, lazer, ambiente físico e transporte<sup>(13)</sup>. Estudo verificou que os cuidadores familiares tiveram as suas atividades de lazer e culturais ajustadas pelo ato de cuidar. Eles relataram diminuição das atividades, o que representou desgaste considerável, pois muitos acreditavam que nesta fase da vida estariam aproveitando os momentos de lazer, que poderiam melhorar a sua QV e, indiretamente, favorecer o cuidado<sup>(22)</sup>. Em relação à diferença com os cuidadores de idosos com Alzheimer estudo concluiu que estes possuem maiores chances de ter sintomas psiquiátricos, problemas de saúde, conflitos familiares e de trabalho quando comparados a pessoas da mesma idade que não exercem esse papel<sup>(19)</sup>.

No que concerne ao ambiente do lar, o idoso acometido por acidente vascular encefálico necessita de adaptações para realização das suas atividades de vida diárias. Essas medidas são realizadas no intuito de minimizar as dificuldades, proporcionando ao idoso maior conforto e qualidade em seu cotidiano, além de oferecer ao cuidador condições para uma ajuda adequada<sup>(22)</sup>. Porém, tais adequações requerem um custo elevado que, somado ao fato do idoso necessitar de tratamento medicamentoso contínuo, causa grande dispêndio. No presente estudo foi encontrada baixa renda, o que pode dificultar as adaptações no lar que favorece o cuidado e, assim, impactar negativamente na QV dos cuidadores.

Observou-se que quanto maior o número de morbidades do cuidador menor seu escore de QV no domínio físico. É possível que os cuidadores por ter a sua atenção voltada para o idoso com acidente vascular encefálico

passam a ter 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 se refere às mudanças financeiras, o que faz com que prestem menos atenção para suas necessidades pessoais e, dessa forma, os problemas de saúde afloram-se<sup>(6)</sup>. 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 acidente vascular encefálico.

Verificou-se que quanto maior o número de morbidades do cuidador menor o escore de QV no domínio psicológico. As morbidades podem afetar a QV do cuidador na medida em que ele apresenta sentimentos negativos em relação a sua imagem corporal e autoestima, aspectos estes estudados no domínio psicológico<sup>(13)</sup>. O cuidar pode ser avaliado como oneroso ou prazeroso, conforme o cuidador consegue realizá-lo. 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. 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<sup>(6)</sup>.

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 acidente vascular encefálico.

O maior número de morbidades do cuidador correlacionou-se com o menor escore no domínio meio ambiente. Nesta perspectiva, pressupõe-se que 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<sup>(13)</sup>. Por outro lado, há uma diminuição das atividades de lazer e de oportunidades para vida social ao assumir o cuidar do idoso. A equipe de enfermagem pode contribuir para melhorar a QV 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. A utilização de estratégias como treinamentos, orientações de ergonomia e adaptação do ambiente domiciliar tem o intuito de facilitar as técnicas de cuidado e melhorar a acessibilidade do idoso.

Destaca-se que o maior número de morbidades do cuidador correlacionou-se com o menor escore de QV no domínio relações sociais. 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 pode ficar mais exposto a doenças, à depressão, a estados emocionais negativos e à desorganização da sua vida. Por outro lado, a família sente as possíveis restrições materiais e sociais. Por conseguinte o idoso fica mais sujeito a cuidados inadequados e ineficientes, pode ser institucionalizado e até ocorrer maus-tratos<sup>(4,22)</sup>.

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.

## CONCLUSÃO

Estes dados fornecem subsídios à equipe de saúde para a proposição de estratégias em saúde que visem a melhoria da qualidade de vida do cuidador e, por consequência, qualificar o cuidado oferecido aos idosos acometidos por acidente vascular encefálico.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). The atlas of heart disease and stroke. Geneva; 2004.
2. Chagas NR, Monteiro ARM. Educação em saúde e família: o cuidado ao paciente vítima de acidente vascular cerebral. *Acta Sci Health Sc.* 2004;26(1):193-204.
3. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador. Brasília; 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
4. Orso ZRA. Perfil do cuidador informal de idosos dependentes do município de Veranópolis, RS [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2008.
5. World Health Organization (WHO). Whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med.* 1998;46(12):1569-85.
6. Rodrigues SLA, Watanabe HAW, Derntl AM. A saúde de idosos que cuidam de idosos. *Rev Esc Enferm USP.* 2006;40(4):493-500.
7. Sousa AG, Zarameli RC, Ferrari RAM, Frigero M. Avaliação da qualidade de vida de cuidadores de pacientes com sequelas neurológicas. *ConScientiae Saúde.* 2008;7(4):497-502.

8. Bocchi SCM. Living the burden in becoming a family caregiver for a cerebrovascular accident survivor: knowledge analysis. *Rev Latino Am Enferm*. 2004;12(1):115-21.
9. Makiyama TY, Battistella LR, Litvoc J, Martins LC. Estudo sobre a qualidade de vida de pacientes hemiplégicos por acidente vascular cerebral e seus cuidadores. *Acta Fisiatric*. 2004;11(3):106-9.
10. Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(2):266-72.
11. Nakatani AYN, Souto CCS, Paulette LM, Souza MM. Perfil dos cuidadores informais de idoso com déficit de autocuidado atendidos pelo programa de saúde da família. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2003 [citado 2010 abr. 10];5(1):15-20. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/indes.php/fen/article/view/773/863>
12. Ramos LR. Growing old in São Paulo, Brazil: assessment of health status and family support of the elderly of different socio-economic strata living in the community. [thesis doctor]. London (England): London School of Hygiene and Tropical Medicine; 1987.
13. Fleck MPA, Louzada MX, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref. *Rev Saude Pública*. 2000;34(2):178-83.
14. Fonseca NR, Penna AFG. Perfil do cuidador familiar do paciente com sequela de acidente vascular encefálico. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(4):1175-80.
15. Zohar N, Greenberger C, Bachner YG. Profile, burden and quality of life of Israeli stroke survivor caregivers: a longitudinal study. *J Neurosci Nurs*. 2009;41(2):92-104.
16. Neri AL. Velhice e qualidade de vida da mulher. In: Neri AL, organizador. *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. São Paulo: Papyrus; 2007. p. 161-71.
17. Perlini NMOG, Faro ACMF. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. *Rev Escola Enferm USP*. 2005;39(2):154-63.
18. Andrade LM, Costa MFM, Caetano JA, Soares E, Beserra EP. The problematic aspects of the family caregiver of people who suffered strokes. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2011 Mar 15];43(1):37-43. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/en\\_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/en_05.pdf)
19. Pinto MF, Barbosa DA, Ferreti CEL, Souza LF, Fram DS, Belasco AGS. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(5):652-7.
20. Vilela ABA, Meira EC, Souza AS, Souza DM, Cardoso IS, Sena ELS, et al. Perfil do familiar cuidador de idoso doente e/ou fragilizado no contexto sociocultural de Jequié-BA. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2006;9(1):55-69.
21. Souza CB, Abreu RMD, Brit EM, Moreira TMM, Silva LMS, Vasconcelos SMM. O cuidador domiciliar de idosos com Acidente Vascular Cerebral: cuidadores familiares. *Rev Enferm UERJ*. 2009;17(1):41-5.
22. Euzébio CJV, Rabinovich EP. Compreendendo o cuidador familiar do paciente com sequela de acidente vascular encefálico. *Temas Psicol*. 2006;14(1):63-79.