

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

CHRYSTIANY PLÁCIDO DE BRITO VIEIRA

**SOBRECARGAS DO CUIDADOR FAMILIAR DE IDOSO COM ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO E O CUIDADO CLÍNICO DE
ENFERMAGEM**

**FORTALEZA-CEARÁ
2010**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

CHRYSYTIANY PLÁCIDO DE BRITO VIEIRA

**SOBRECARGAS DO CUIDADOR FAMILIAR DO IDOSO COM ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO E O CUIDADO CLÍNICO DE
ENFERMAGEM**

**Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos
em Saúde, da Universidade Estadual do
Ceará, do Centro de Ciências da Saúde,
como requisito parcial para obtenção do
grau de Mestre.**

**Linha de Pesquisa: Processo de cuidar
em saúde e enfermagem.**

**Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Virgínia de
Melo Fialho.**

**FORTALEZA-CEARÁ
2010**

V657s Vieira, Chrystiany Plácido de Brito Vieira.
Sobrecargas do cuidador familiar de idoso com acidente vascular cerebral isquêmico e o cuidado clínico de Enfermagem/ Chrystiany Plácido de Brito Vieira. – Fortaleza, 2010.
147p; il.
Orientador: Prof.^a Dr.^a Ana Virgínia de Melo Fialho.
Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.
1. Idoso. 2. Acidente vascular cerebral. 3. Cuidadores. I. Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

CDD: 915

CHRYSTIANY PLÁCIDO DE BRITO VIEIRA

**SOBRECARGAS DO CUIDADOR FAMILIAR DO IDOSO COM ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO E O CUIDADO CLÍNICO DE
ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, do Centro de Ciências da Saúde, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Aprovada em: 11 / 02 / 2010

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Ana Virgínia de Melo Fialho - UECE
(Orientadora)

Prof.^o Dr.^o Paulo César de Almeida - UECE
(Membro Efetivo)

Prof.^o Dr.^o Otoni Cardoso do Vale -UFC
(Membro Efetivo)

Prof.^a Dr.^a Maria Josefina da Silva - UFC
(Membro Suplente)

Dedico este trabalho:

A meu amado Marcelo Adriano, pelo amor, apoio e confiança constantes e
compreensão nos momentos em que estive ausente;

Aos meus filhos André e Isabela, incentivos da minha vida;

A minha mãe, com quem aprendi e partilhei os valores da minha vida;

Aos cuidadores que possibilitaram a concretização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela presença constante em minha caminhada;

À Prof.^a Dr.^a Ana Virgínia de Melo Fialho, não só pela orientação, mas pela amizade, confiança, respeito, incentivo e, principalmente, pela contribuição à minha formação profissional durante todo o mestrado;

Ao Dr.^o Otoni Cardoso do Vale pela oportunidade, apoio, incentivo e contribuições durante a elaboração do projeto e coleta de dados;

Ao Prof.^o Dr.^o Paulo César de Almeida pela orientação dedicada quanto aos aspectos estatísticos do trabalho, desde a elaboração do projeto;

Às professoras Dr.^a Maria Josefina da Silva e Dr.^a Thereza Maria Magalhães Moreira pelas valiosas contribuições desde o exame de qualificação do estudo;

Aos colegas professores do Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde da Universidade Estadual do Ceará pela amizade, apoio, incentivo e contribuição de seus conhecimentos para minha qualificação profissional;

Aos colegas de turma do mestrado pela amizade, carinho, apoio, incentivo e contribuição de seus conhecimentos, cujas presenças foram muito importantes para superação de obstáculos e crescimento durante esta etapa da minha vida;

Aos residentes de Neurologia e a equipe de enfermagem do ambulatório de Neurologia do Hospital Walter Cantídio por contribuírem durante o processo de coleta de dados do estudo.

A Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e a Pesquisa (FUNCAPE) pelo apoio financeiro.

E a todos que, de uma forma ou de outra, estiveram comigo nesta fase de minha vida.

*Falar é completamente fácil, quando se tem palavras em mente que se expresse sua
opinião...*

Difícil é expressar por gestos e atitudes, o que realmente queremos dizer.

Fácil é julgar pessoas que estão sendo expostas pelas circunstâncias...

Difícil é encontrar e refletir sobre os seus próprios erros.

Fácil é fazer companhia a alguém, dizer o que ela deseja ouvir...

Difícil é ser amigo para todas as horas e dizer a verdade quando for preciso.

*Fácil é analisar a situação alheia e poder aconselhar sobre a
mesma...*

Difícil é vivenciar esta situação e saber o que fazer.

Fácil é demonstrar raiva e impaciência quando algo o deixa irritado...

Difícil é expressar o seu amor a alguém que realmente te conhece.

Fácil é viver sem ter que se preocupar com o amanhã...

*Difícil é questionar e tentar melhorar suas atitudes impulsivas e às vezes
impetuosas, a cada dia que passa.*

Fácil é mentir aos quatro ventos o que tentamos camuflar...

Difícil é mentir para o nosso coração.

Fácil é ver o que queremos enxergar...

Difícil é saber que nos iludimos com o que achávamos ter visto.

Fácil é ditar regras e, Difícil é segui-las...

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

O estudo objetivou avaliar a relação das sobrecargas do cuidador familiar com a incapacidade funcional do idoso acometido por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico, bem como descrever as características sócio-demográficas, econômicas, o tempo na função e apoio recebido pelo cuidador; identificar características sócio-demográficas, informações sobre a doença e grau de incapacidade funcional do idoso; investigar a prevalência das sobrecargas do cuidador; associar as características do cuidador, as características e a incapacidade funcional do idoso às sobrecargas identificadas. Pesquisa descritiva, exploratória, de natureza quantitativa, realizada em um ambulatório de neurologia do município de Fortaleza-CE, de maio a agosto de 2009. A amostra constou de 52 cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral isquêmico, acompanhados no referido ambulatório. Foram utilizados formulários com questões relativas ao idoso e ao cuidador. Sobre os cuidadores, os dados revelaram que 32,8% se encontravam na faixa etária de 41 a 50 anos, com média de 47,8 anos; 92,3% eram do sexo feminino; 75% moravam na mesma residência do idoso; 63,5% eram filhos seguidos pelos cônjuges em 23,1% dos casos; 46,2% possuíam apenas o ensino médio; 57,7% estavam desempregados, e a média da renda foi de 2,5 salários mínimos; 55,8% não recebiam nenhum tipo de apoio e entre os que recebiam, 87% referiram a família/amigos como fonte de apoio. Em relação ao idoso, a idade média foi de 73,7 anos; 82,7% procediam de Fortaleza e 57,7% eram casados; 69,2% passavam pelo primeiro episódio da doença com tempo médio da ocorrência de 1,77 anos; 32,7% apresentavam incapacidade leve a moderada e eram dependentes leves. A sobrecarga geral levantada esteve entre leve e moderada em 92,3% dos casos, sendo que os componentes de maior relevância foram suporte familiar, com média de 28,84, e implicações na vida pessoal, com média de 28,63. As sobrecargas apresentaram associações estatisticamente significantes com um maior grau de incapacidade funcional do idoso e com aspectos relacionados diretamente à vida do cuidador e ao suporte familiar. Os dados mostram a complexidade do processo de cuidar de um idoso dependente e a conseqüente sobrecarga para o cuidador familiar, revelando a necessidade de estratégias de apoio e construção de novas possibilidades e modalidades de cuidado de enfermagem na rede de serviços de saúde.

Palavras-chave: Idoso, acidente cerebral vascular, cuidadores.

ABSTRACT

The study aimed to evaluate the relationship between the overload of family caregivers and the disability among elderly with Ischemic Cerebrovascular Stroke, as well as to describe the socio-demographics and economical characteristics, time in the function and support received by the caregiver; to identify socio-demographic characteristics, information about the disease and degree of disability of the elderly; to investigate the prevalence of the caregiver's overloads; to associate the characteristics of the caregivers, the characteristics and disability of elderly with the identified overloads. This is a descriptive-exploratory research of quantitative nature, carried out at a university hospital neurology clinic of the city of Fortaleza-CE-Brazil, from May to August 2009. The sample consisted of 52 caregivers of elderly with ischemic cerebrovascular stroke, assisted in that clinic. Questionnaires were used with inquiries related to the elderly and the caregiver. About the caregivers, the data revealed that 32.8% were in the age group from 41 to 50 years, with 47.8 year-old average; 92.3% were female; 75% lived with the elder; 63.5% were their son or daughter followed by partners in 23.1% of the cases; 46.2% had only secondary education; 57.7% were unemployed, and the income average was of 2.5 minimum wages; 55.8% didn't receive any support type and among the ones that received 87% mentioned family/friends as support source. Regarding the elderly, the age average was of 73.7 years; 82.7% came from Fortaleza and 57.7% were married; 69.2% went through the first episode of the disease with average occurrence time of 1.77 year; 32.7% presented disability from light to moderate and were lightly dependents. The general overload was between light and moderate in 92.3% of the cases, and the components of major relevance were family support, with average of 28.84%, and implications in personal life, with average of 28.63%. The overloads presented statistically significant associations with a larger degree of disability of elderly and with aspects directly related to the caregiver's life and family support. The data showed the complexity of the caring process of a dependent elderly and the consequent overload for the family caregiver, revealing the need of support strategies and construction of new possibilities and modalities of nursing care in the health services net.

Key-words: Aged, stroke, caregivers.

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo evaluar la relación de las sobrecargas de los cuidadores familiares con la discapacidad funcional de los ancianos afectados por el accidente cerebrovascular isquémico y describir las variables sociodemográficas, económicas, el tiempo en la función y apoyo recibido por los cuidadores; identificar las características sociodemográficas, las informaciones sobre la enfermedad y el grado de discapacidad funcional de los ancianos; investigar la prevalencia de las sobrecargas del cuidador; asociar las características del cuidador, las características y la discapacidad funcional de los ancianos a las sobrecargas identificadas. Investigación descriptiva, exploratoria, de naturaleza cuantitativa, llevada a cabo en una clínica de neurología de la ciudad de Fortaleza-CE-Brasil, de mayo a agosto de 2009. La muestra estuvo constituida de 52 cuidadores ancianos con accidente cerebrovascular isquémico, acompañados en la clínica. Fueron utilizados formularios con cuestiones relativas a los ancianos y al cuidador. Sobre los cuidadores, los datos señalaron que 32,8% tenían de 41 a 50 años, media de 47,8 años; 92,3% eran mujeres; 75% vivía en la misma residencia del anciano; 63,5% eran hijos seguidos por los cónyuges en el 23,1% de los casos; 46,2% tienen sólo la enseñanza básica; 57,7% estaban desempleados, y la media de la renta mensual fue de 2,5 sueldos mínimos; 55,8% no reciben ninguna ayuda y los que reciben, 87% informaron la familia / amigos como fuente de apoyo. Mientras a los ancianos, la edad media fue 73,7 años; 82,7% de Fortaleza y 57,7% estaban casadas; 69,2% pasaron por el primer episodio de enfermedad con un tiempo medio de ocurrencia de 1,77 años; 32,7% presentaban discapacidad de leve a moderada, y eran dependes leves. La sobrecarga general observada se quedó entre leve y moderada en el 92,3% de los casos, siendo los componentes más relevantes el apoyo familiar, con una media de 28,84, y las implicaciones para la vida personal, con 28,63. Las sobrecargas presentaron asociaciones estadísticamente significativa con un mayor grado de discapacidad funcional del anciano y con los aspectos directamente relacionados a la vida del cuidador y al soporte familiar. Los datos muestran la complejidad del proceso de cuidar de un anciano y la resultante sobrecarga sobre el cuidador familiar, revelando la necesidad de estrategias de apoyo y creación de nuevas oportunidades y modalidades del cuidado de enfermería en la red de servicios de salud.

Palabras clave: Anciano, accidente cerebrovascular, cuidadores.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição do número de cuidadores familiares de idosos acometidos por AVC isquêmico, segundo aspectos sóciodemográficos. Fortaleza-CE, 2010	59
Tabela 2 - Distribuição do número de cuidadores de idosos acometidos por AVC isquêmico, segundo aspectos sócioeconômicos. Fortaleza-CE, 2010	62
Tabela 3 - Distribuição do número de cuidadores de idosos acometidos por AVC isquêmico, segundo tempo de cuidador e apoio recebido. Fortaleza-CE, 2010	64
Tabela 4 - Distribuição do número de idosos acometidos por AVC isquêmico, segundo faixa etária, sexo, procedência e estado civil. Fortaleza-CE, 2010	66
Tabela 5 - Distribuição do número de idosos acometidos por AVC isquêmico segundo episódios e tempo de ocorrência do AVC e tempo de acompanhamento no ambulatório. Fortaleza-CE, 2010	67
Tabela 6 - Distribuição do número de idosos conforme a dependência (Escala de Barthel) e incapacidade funcional (Escala de Rankin). Fortaleza-CE, 2010	69
Tabela 7 - Classificação por componentes de avaliação do grau de sobrecargas dos cuidadores. Fortaleza-CE, 2010	72
Tabela 8 - Média e desvio padrão das sobrecargas apresentadas pelos cuidadores de idosos acometidos por AVC isquêmico. Fortaleza (CE), 2010	81
Tabela 9 - Associação entre a sobrecarga emocional e as características sócio-demográficas e econômicas do cuidador, tempo de cuidador e apoio recebido. Fortaleza-CE, 2010	84
Tabela 10 - Associação entre a sobrecarga emocional do cuidador e as características relacionadas ao perfil sóciodemográfico do idoso, à doença e ao acompanhamento no ambulatório. Fortaleza-CE, 2010	87
Tabela 11 - Associação entre a sobrecarga emocional do cuidador e a incapacidade funcional do idoso. Fortaleza-CE, 2010	88

Tabela 12 - Associação entre a sobrecarga implicações na vida pessoal e as características sóciodemográficas e econômicas do cuidador, tempo de cuidador e apoio recebido. Fortaleza-CE, 2010	91
Tabela 13 - Associação entre a sobrecarga implicações na vida pessoal do cuidador e as características relacionadas ao perfil sóciodemográfico do idoso, à doença e ao acompanhamento no ambulatório. Fortaleza-CE, 2010	92
Tabela 14 - Associação entre a sobrecarga implicações na vida pessoal do cuidador e a incapacidade funcional do idoso. Fortaleza-CE, 2010	94
Tabela 15 - Associação entre a sobrecarga financeira e as características sócio-demográficas e econômicas do cuidador, tempo de cuidador e apoio recebido. Fortaleza-CE, 2010	96
Tabela 16 - Associação entre a sobrecarga financeira do cuidador e as características relacionadas ao perfil sóciodemográfico do idoso, à doença e ao acompanhamento no ambulatório. Fortaleza-CE, 2010	98
Tabela 17 - Associação entre a sobrecarga financeira do cuidador e a incapacidade funcional do idoso. Fortaleza-CE, 2010	99
Tabela 18 - Associação entre a sobrecarga reações às exigências e as características sóciodemográficas e econômicas do cuidador, tempo de cuidador e apoio recebido. Fortaleza-CE, 2010	101
Tabela 19 - Associação entre a sobrecarga reações às exigências e as características relacionadas ao perfil sóciodemográfico do idoso, à doença e ao acompanhamento no ambulatório. Fortaleza-CE, 2010	103
Tabela 20 - Associação entre a sobrecarga reações às exigências e a incapacidade funcional do idoso. Fortaleza-CE, 2010	104
Tabela 21 - Associação entre a sobrecarga mecanismos de eficácia e controle e as características sóciodemográficas e econômicas do cuidador, tempo de cuidador e apoio recebido. Fortaleza-CE, 2010	108
Tabela 22 - Associação entre a sobrecarga mecanismos de eficácia e controle e as características relacionadas ao perfil sóciodemográfico do idoso, à doença e ao acompanhamento no ambulatório. Fortaleza-CE, 2010	110

Tabela 23 - Associação entre a sobrecarga mecanismos de eficácia e controle e a incapacidade funcional do idoso. Fortaleza-CE, 2010	111
Tabela 24 - Associação entre a sobrecarga suporte familiar e as características sóciodemográficas e econômicas do cuidador, tempo de cuidador e apoio recebido. Fortaleza-CE, 2010	113
Tabela 25 - Associação entre a sobrecarga suporte familiar e as características relacionadas ao perfil sóciodemográfico do idoso, à doença e ao acompanhamento no ambulatório. Fortaleza-CE, 2010	115
Tabela 26 - Associação entre a sobrecarga suporte familiar e a incapacidade funcional do idoso. Fortaleza-CE, 2010	116
Tabela 27 - Associação entre a sobrecarga satisfação com o papel e com o familiar e as características sóciodemográficas e econômicas do cuidador, tempo de cuidador e apoio recebido. Fortaleza-CE, 2010	120
Tabela 28 - Associação entre a sobrecarga satisfação com o papel e com o familiar e as características relacionadas ao perfil sóciodemográfico do idoso, à doença e ao acompanhamento no ambulatório. Fortaleza-CE, 2010	121
Tabela 29 - Associação entre a sobrecarga satisfação com o papel e com o familiar e a incapacidade funcional do idoso. Fortaleza-CE, 2010	122

LISTA DE ABREVIATURAS

dep - dependência
dp – desvio padrão
et al. – e outros
n^o - número
sm – salário mínimo

LISTA DE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVCI – Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

AVCH – Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico

AVD – Atividade de Vida Diária

AVDs – Atividades de Vida Diária

CBO – Classificação Brasileira de Ocupações

CE – Ceará

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

MRS – Escala de Rankin Modificada

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

OMS – Organização Mundial de Saúde

PUC - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

QASCI - Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal

SBGG – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE SÍMBOLOS

% - Por cento

Σ - Somatório

Mx - Valor máximo

Mn - Valor mínimo

p - Valor de p

< - Menor que

n - Amostra

r - Coeficiente de correlação linear

> - Maior que

@ - Arroba

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 REVISÃO LITERÁRIA	23
2.1 Envelhecimento populacional	24
2.2 Acidente vascular cerebral	29
2.3 O cuidador familiar	33
2.4 Cuidando do cuidador	38
2.5 Cuidado clínico de enfermagem no contexto do cuidador familiar	42
3 OBJETIVOS	47
3.1 Geral	48
3.2 Específicos	48
4 METODOLOGIA	49
4.1 Natureza do estudo	50
4.2 Local do estudo	50
4.3 População, amostra e período de coleta de dados	51
4.4 Coleta de dados	51
4.5 Análise dos dados	54
4.6 Aspectos éticos	55
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	57
5.1 Caracterização do cuidador familiar	58
5.2 Caracterização e incapacidade funcional do idoso após o AVC isquêmico	66
5.3 Sobrecargas do cuidador	70
5.4 Associações das sobrecargas do cuidador	82
5.4.1 Sobrecarga emocional	82
5.4.2 Implicações na vida pessoal	89
5.4.3 Sobrecarga financeira	94
5.4.4 Reações às exigências	99
5.4.5 Mecanismos de eficácia e controle	105
5.4.6 Suporte familiar	112
5.4.7 Satisfação com o papel de cuidador e com o familiar	118
6 CONCLUSÕES	124

REFERÊNCIAS	128
APÊNDICES	136
APÊNDICE A – Formulário	137
APÊNDICE B – Termo de consentimento institucional	142
APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido	143
ANEXOS	145
ANEXO A – Escala de Rankin de incapacidade modificada	146
ANEXO B – Escala de Barthel	147

A Enfermagem vivenciou no seu cotidiano de trabalho uma mudança do perfil demográfico e epidemiológico. Nos países em desenvolvimento, como no Brasil, vem ocorrendo um aumento significativo da expectativa de vida, tornando o convívio com pessoas idosas nos lares e nos serviços de saúde cada vez mais comum.

O processo de transição epidemiológica ocorre hoje em todos os países desenvolvidos e se caracteriza pelo controle das doenças transmissíveis e aumento da esperança de vida, passando as doenças não-transmissíveis a terem mais importância nos aspectos de morbi-mortalidade (GOMES; GOMES, 2007).

No Brasil, isso vem ocorrendo desde a década de 40, quando se observou uma queda de mortes por doenças infecciosas e aumento por doenças crônico-degenerativas e causas externas, o que está tornando a população idosa cada vez mais expressiva (BRASIL, 2000).

No Brasil e no mundo, segundo Gomes e Gomes (2007), o estilo de vida adotado pelos indivíduos, grupos e comunidades tem sido um dos mais importantes determinantes da saúde.

Gonçalves e Vilarta *apud* Gomes e Gomes (2007) caracterizam estilo de vida como conjunto de hábitos apreendidos e adotados durante toda a vida, relacionados à realidade familiar, ambiental e social.

Outro fator que se pode destacar é o processo de transição demográfica no Brasil e em outros países latino-americanos, já que ocorreu de forma rápida, resultando na retangularização da pirâmide populacional, com um aumento da população maior de 60 anos, sem que houvesse melhoria da qualidade de vida, ao contrário do que aconteceu nos países desenvolvidos, cujo processo aconteceu lentamente, sendo acompanhado pela elevação da qualidade de vida (CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2002).

Então, esse processo desordenado de transição demográfica associado às mudanças nos hábitos e estilos de vida, apesar dos avanços tecnológicos que garantem prolongamento da vida, tem sido, no Brasil, motivo de grande preocupação, não somente pelos gastos com diagnóstico e tratamento dessas doenças, que estão cada vez mais onerosos devido à sofisticação da medicina

moderna, mas por seu aspecto limitante e suas repercussões na vida do indivíduo, família e sociedade.

Dentre essas doenças, temos o Acidente Vascular Cerebral (AVC), que constitui a terceira causa de morte no mundo, precedida pelas cardiopatias em geral e pelo câncer (PERLINI; FARO, 2005).

No Brasil, conforme Bocchi e Ângelo (2005), desde 1996, o AVC vem se constituindo como causa principal de internações, mortalidade e deficiências, acometendo a faixa etária acima de 50 anos.

Há dois tipos de AVC, o isquêmico e o hemorrágico, sendo que as sequelas e as incapacidades variam conforme a região afetada (GOMES; GOMES, 2007).

Segundo Nitrini e Bacheschi (2005), cerca de 40 a 50% dos indivíduos que sofrem AVC morrem após seis meses e a maioria daqueles que sobrevivem apresentarão algum tipo de deficiência neurológica e incapacidade residual significativa.

O período de internação hospitalar desses pacientes tem sido cada vez menor devido a vários fatores, como o elevado custo com a hospitalização. Por isso, esses idosos acometidos por AVC, portadores ou não de algum tipo de incapacidade funcional, retornam cada vez mais cedo para seus lares (MARQUES; RODRIGUES; KUSUMOTA, 2006).

Essa realidade, segundo Karsch (2003), implica na situação de um grande número de idosos sem independência e autonomia, mantidos no âmbito familiar dos domicílios ou nas instituições asilares, impedindo a visibilidade e a preocupação política de proteção social.

As famílias de idosos acometidos por AVC, após a alta hospitalar dos mesmos, envolvem-se com aspectos da assistência, na supervisão das responsabilidades e na provisão direta dos cuidados (MARQUES; RODRIGUES; KUSUMOTA, 2006).

Os cuidadores familiares, segundo Chagas e Monteiro (2004), denominados também de cuidadores informais, são elementos fundamentais ao tratamento, considerando que o período de reabilitação após o AVC pode ser bastante prolongado, sendo o envolvimento dos familiares no processo de recuperação uma interferência positiva na saúde do paciente.

No entanto, conforme Perlini e Faro (2005), essa situação pode constituir-se em uma fonte de tensão intra-familiar, pois a necessidade de redefinição de papéis

entre os membros da família, a “escolha” de alguém para assumir a responsabilidade dos cuidados e, em muitas vezes, a adequação do ambiente, visando atender às necessidades do idoso com AVC, podem causar um impacto econômico e social com intervenção na vida pessoal e familiar de modo a alterar a estrutura da família.

Esses familiares que assumem o papel de cuidadores informais podem apresentar-se em situação de crise, cujos principais sintomas são: tensão, constrangimento, fadiga, estresse, frustração, redução do convívio, depressão e alteração da autoestima, entre outros. Essa sobrecarga ou tensão pode acarretar problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, que acabam por afetar o bem-estar do doente e do cuidador (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003). Surgem, assim, os conflitos que trazem implicações físicas, emocionais e sociais na vida desses cuidadores.

É esse contexto do sistema de saúde e da situação social, política e econômica que se vive no Brasil, que requer a efetivação de políticas públicas na questão da saúde do idoso, não só na prevenção das doenças crônico-degenerativas, mas também na assistência à saúde de idosos dependentes e no suporte aos cuidadores familiares.

Para os enfermeiros, essa realidade também constitui fonte de preocupação. Nos serviços de saúde, coexistem dois fatores: frequência cada vez maior de idosos acometidos por AVC e políticas de incentivo à alta hospitalar desses pacientes cada vez mais cedo. Essa realidade impõe ao enfermeiro um grande desafio: preparar os pacientes e os seus familiares para reorganizarem suas vidas de modo a assumirem esses cuidados, detectando, prevenindo e controlando situações de desgaste físico, emocional e social que possam ocorrer (PERLINI; FARO, 2005).

Percebe-se no cotidiano de trabalho dos serviços de saúde, bem como no atendimento domiciliar, que a enfermagem e toda a equipe de saúde não estão preparadas para essa nova realidade imposta pelo envelhecimento populacional, que é a família, na figura do cuidador, assumindo a total responsabilidade pelos cuidados ao idoso com incapacidade funcional por conta de doenças crônicas, como o AVC isquêmico, cuidados muitas vezes complexos e que necessitam de preparo técnico e de conhecimentos específicos por parte do cuidador. A enfermagem, bem como todo o sistema de saúde, precisam se conscientizar dessa realidade e da importância do cuidador familiar para o cuidado ao idoso na nossa sociedade.

Portanto, o aumento da população de idosos com algum tipo de incapacidade funcional e a figura do cuidador familiar exigem novas formas de assistência e novos enfoques de cuidado por parte do enfermeiro.

São essas razões, somadas à experiência da pesquisadora de enfermeira assistencial prestadora de cuidados a idosos com algum tipo de incapacidade funcional, que motivam a realização desta pesquisa sobre a sobrecarga física, emocional e social de cuidadores de idosos acometidos por AVC isquêmico, possibilitando o entendimento dos fatores associados e a ampliação do conhecimento sobre a problemática.

Sabe-se que quanto maior a dependência desse idoso, devido à sua incapacidade funcional, mais cuidados são requeridos, o que pode ou não está associado a maior sobrecarga para seu cuidador. Por isso, faz-se necessária a identificação da sobrecarga física, emocional e social do cuidador e a relação desta com a incapacidade funcional em maior ou menor grau do idoso acometido por AVC isquêmico.

Pesquisas como esta, que buscam entender o papel do cuidador familiar e as alterações que ocorrem em sua vida, podem auxiliar na maior adaptação e fornecer educação e assistência à saúde destes, propiciando subsídios para implementação de políticas públicas específicas.

Além do que, o impacto na família do surgimento de uma doença incapacitante e com manifestações clínicas de início abrupto, como o AVC isquêmico, é ainda assunto insuficientemente explorado, desconhecendo-se, assim, as dificuldades e as demandas dos cuidadores, o que também justifica esta investigação.

Acredita-se que esse estudo poderá trazer uma contribuição aos enfermeiros que atuam nos serviços de internação, ambulatório e atenção básica, no tocante ao planejamento da assistência a essa clientela visando um cuidado clínico efetivo e voltado para as necessidades do idoso, do cuidador e da família, haja vista que é de interesse dos enfermeiros a participação ativa e responsável dos familiares no cuidado do idoso, considerando que o cuidador é um elo entre o idoso e os profissionais de saúde.

Com os achados desta pesquisa, pretende-se contribuir para a elaboração futura de um plano de assistência de enfermagem, que viabilize de maneira eficaz o processo de cuidado clínico ao idoso com AVC isquêmico, enfocando suas

limitações funcionais e seu cuidador familiar, cujas limitações e sentimentos precisam ser reconhecidos.

2.1 Envelhecimento populacional

O envelhecimento populacional, no mundo e, mais recentemente, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, trouxe uma nova realidade desafiadora para o sistema de saúde, o enfermeiro e a sociedade.

A faixa etária em torno de 60 anos ou mais cresce em todo o mundo. No Brasil, projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que, no período de 1950 a 2025, a população de idosos aumentará 15 vezes, enquanto o restante da população em cinco. Dessa forma, o Brasil será o sexto país quanto ao número da população de idosos em 2025, devendo ter cerca de 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos (CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2002).

Segundo dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) (BRASIL, 2008a), o índice de envelhecimento (número de pessoas idosas para cada 100 indivíduos jovens por ano) foi de 32,4% em 2006, sendo mais expressivo nas regiões Sudeste e Sul.

Esse processo de envelhecimento da população brasileira se deve basicamente ao aumento da expectativa de vida. A elevação da expectativa de vida ao nascer veio em resposta aos avanços da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, sendo que é ainda muito inferior àquela que os brasileiros teriam o direito de ter acesso. Isso se deve ao fato de que essas mudanças demográficas aconteceram desvinculadas de um desenvolvimento social, decorrendo mais da importação da tecnologia e dos avanços médicos, além da rápida urbanização do país (CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2002).

Diante dessas mudanças, ainda são poucas as respostas do sistema de saúde e de outras políticas sociais que têm como finalidade a saúde e o bem-estar do idoso. Essa constatação é preocupante na sociedade brasileira ao se analisar a situação da condição social, econômica e de saúde dessa parcela da população, caracterizada por ser potencialmente dependente, com baixo nível sócio-econômico e consumidora de uma parcela desproporcional de recursos de saúde.

Além disso, a velhice e o envelhecimento no cenário nacional ainda vêm sendo abordados de uma maneira frágil. Observa-se largo predomínio das atividades de natureza técnica sobre as de cunho científico, ou seja, de atividades profissionais situadas no campo da saúde, como a Geriatria, voltada para o idoso com a perspectiva de cura, e a Enfermagem Gerontológica, que tem como objetivo o

cuidado, a ação sobre a saúde do idoso, tratada de forma distinta daquelas que procuram conhecer o processo de envelhecimento humano em todas suas constantes (PRADO; SAYD, 2007).

Na prática, segundo Prado e Sayd (2007), conhecer o processo de envelhecimento representa uma grande virada no modo de encará-lo, o que pode repercutir nas várias especialidades da saúde. E, é nesse contexto que a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) busca se estabelecer como autoridade científica, processo, particularmente, intensificado a partir de 1990, para compreender o processo de envelhecimento. A Gerontologia hoje corresponde a um conjunto de ciências, técnicas e saberes que procura entender o processo de envelhecer em todos os seus aspectos, com o propósito de produzir conhecimentos sobre questões afins ao envelhecimento e à saúde, mas não apenas com uma abordagem biológica, mas também epistemológica, através de uma reflexão histórico-filosófica.

As pessoas idosas apresentam uma grande diversidade em termos de estado de saúde, antecedentes culturais, estilo de vida, tipo de moradia, situação socioeconômica e outras variáveis, como a falta de recursos e o isolamento social. Além disso, a maioria tem condições crônicas que afetam as doenças agudas, as reações aos tratamentos e a qualidade de vida; os sintomas de doenças são atípicos; as condições múltiplas de saúde podem coexistir, confundindo a capacidade de estabelecer o curso de uma única doença ou identificar a causa subjacente dos sintomas; o risco de complicação é alto (ELIOPOULOS, 2005).

Outra preocupação está relacionada aos custos com a saúde de idosos que é maior, devidos às internações serem mais frequentes, maior tempo de ocupação do leito que em outras faixas etárias e a necessidade de um atendimento médico e de uma intervenção multidisciplinar contínua.

É nessa perspectiva que a especialidade em enfermagem gerontológica tem crescido, assim como a maior conscientização sobre a complexidade do processo de envelhecer. A enfermagem, de acordo com Eliopoulos (2005), tem um papel decisivo na assistência à população idosa. E, diante das doenças crônicas e dos efeitos da idade avançada, os esforços de prevenção e reabilitação são mais benéficos que as ações que objetivam a cura, pois visam ao bem-estar do idoso e à compreensão do seu papel na família e na sociedade.

Mas o que é envelhecer? O que é ser considerado um idoso? A idade que define o ingresso na velhice é 60 anos e tem sido aceita como padrão a partir do qual uma pessoa pode ser considerada como idosa, apesar de que esse limite não seja fixado em qualquer norma internacional. O próprio Ministério da Saúde, por meio da Lei 8.842/94, considera idoso qualquer pessoa com 60 anos ou mais (BRASIL, 1999).

De acordo com Tavares *apud* Gratão (2006), a Organização Mundial de Saúde estipula duas idades cronológicas a partir das quais se considera uma pessoa idosa sendo de 60 anos nos países em desenvolvimento e 65 nos países desenvolvidos.

Sobre envelhecimento a maior parte do que se sabe hoje é fruto de pesquisas realizadas nas últimas décadas para responder não unicamente a uma gama de interesses profissionais, mas também às necessidades originadas do aumento dessa parcela na população para compreensão dos aspectos orgânicos, psíquicos e sociais do envelhecimento, tendo em vista que o atendimento ao idoso já se apresenta entre os principais problemas de saúde pública em todo o mundo (JACOB FILHO, 2000).

Conforme o mesmo autor, o processo de envelhecimento é, antes de tudo, um processo absolutamente natural, regido por mecanismos fisiológicos. Fisiologicamente, o envelhecimento tem início logo após o término da fase de desenvolvimento e estabilização, perdurando por longo período pouco perceptível, até que as alterações estruturais e/ou funcionais se tornem grosseiramente evidentes.

Mas, apesar dos conhecimentos desse processo terem progredido, o que se tenta a cada dia é combater o envelhecimento em vez de compreendê-lo, já que é visto como sinônimo de processo patológico e não como um processo natural.

No Brasil, cada vez mais se apresentam idosos na dependência de uma ou mais pessoas que suprem as suas incapacidades para a realização das atividades da vida diária.

Mas, o que seria um idoso saudável? Conforme Thober, Creutzberg e Viegas (2005), um idoso é considerado saudável, de acordo com conceitos gerontológicos, quando mantém a sua autodeterminação, sem necessitar de nenhum tipo de ajuda ou supervisão para realizar seus afazeres diários, ou seja, ter capacidade funcional, isto é, capacidade de manter as habilidades físicas e mentais

necessárias para uma vida independente e autônoma, mesmo que possua uma ou mais doenças crônicas.

Esse conceito de capacidade funcional é muito importante e, do ponto de vista da saúde pública, adequado para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso, sendo um indicador utilizado para se adequar a prestação de cuidados, seja em âmbito hospitalar ou familiar (THOBER; CREUTZBERG; VIEGAS, 2005).

E, qual seria a diferença entre independência e autonomia? Para o senso comum, são palavras sinônimas, mas têm significados distintos. Autonomia significa autogoverno, liberdade para agir e para tomar decisões. Por isso, refletir sobre a autonomia do idoso enfermo é pensar que sua liberdade de escolha é respeitada e não somente a sua capacidade de tomar decisões. Enquanto que independência significa ser capaz de realizar atividades da vida diária sem ajuda (PAVARINI; NERI, 2000).

É sabido que as relações entre velhice, dependência, independência e autonomia não são simples, como também não é de fácil descrição os padrões de velhice normal e patológica nos diferentes contextos sociais.

A dependência por si só não constitui um evento negativo. A dependência se configura como negativa quando surge em decorrência de eventos que ocorrem na velhice e afeta as atividades cotidianas (SILVA *et al.*, 2006).

A dependência em indivíduos idosos, segundo Schwanke e Feijó (2006), pode ser causada por diversos motivos, como restrição de movimentos corporais por sequela de AVC e também artrite, declínio cognitivo pelos quadros demenciais, depressão e questões socioeconômicas, como a perda do poder econômico a partir da aposentadoria.

Pavarini e Neri (2000) também relacionam a dependência do idoso a outros elementos: imposição no ambiente de barreiras arquitetônicas e ergonômicas; práticas sociais discriminatórias que podem restringir substancialmente sua autonomia e sua independência por fazerem dele um ser desamparado, doente, frustrado, ressentido e desesperançoso; tratamentos medicamentosos inadequados que podem induzir à inatividade, à apatia e à deterioração cognitiva; as próprias crenças e valores do idoso sobre a dependência.

Diferentes países do mundo têm desenvolvido variadas formas de apoio e assistência a esses idosos dependentes. Em alguns países, o suporte oferecido é

quase exclusividade estatal, como nos Estados Unidos e na França, cujo cuidador de paciente com doença avançada é remunerado pelo governo ou pode receber licença de três meses sem ônus no trabalho (SCHWANKE; FEIJÓ, 2006).

Em outros países, o suporte oferecido é quase exclusivamente da família que desempenha todos os encargos, como no Brasil e, em alguns, as responsabilidades são divididas, em graduações diferentes, entre o setor público e o privado, incluindo benefícios, serviços previdenciários e organização de empresas que têm funcionários responsáveis por algum idoso (KARSCH, 2003).

Esses diferentes modelos de apoio e assistência ao idoso dependente e incapacitado, ainda de acordo com Karsch (2003), estão sofrendo novas e grandes mudanças causadas pelas transformações nas relações sociais e pelo redirecionamento das funções de proteção e justiça social do Estado. Têm-se observado nos países desenvolvidos uma tendência para a redução dos investimentos nos setores de saúde e de benefícios e para uma ampliação das responsabilidades familiares pelo sustento e assistência a esses idosos.

Apesar das mudanças ocorridas no Brasil em relação às políticas de proteção social ao idoso, a oferta de serviços e intervenções ainda é restrita, bem como programas de Saúde Pública. O Estado assume responsabilidades reduzidas, atribuindo à família do idoso dependente a responsabilidade maior, sem serviços de apoio (KARSCH, 2003).

A Política Nacional de Saúde do Idoso, decretada em 1999, pela Portaria nº 1.395, e em conformidade com a Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/90 e a Lei nº 8.842/94, tem como propósito dar embasamento para o envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação dos que adoecem e a reabilitação daqueles com capacidade funcional restrita, garantindo-lhes o direito de permanecerem no seu meio (BRASIL, 1999).

Essa política também apresenta como pressuposto básico a permanência do idoso com a família, no entanto isso só é possível com recursos, infraestrutura e apoio disponível. Para tanto, a Política Nacional de Saúde do Idoso define as diretrizes que devem nortear todas as ações da saúde, indicando a responsabilidade institucional. Acredita que para efetivação dessa política, é preciso uma integração entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (THOBER; CREUTZBERG; VIEGAS, 2005).

Sabe-se que é principalmente na família que o idoso encontra apoio, cuidado e proteção, no entanto o custo oneroso do cuidado para as famílias, associado às mudanças dos seus valores, tem resultado frequentemente na institucionalização do idoso que se torna dependente por motivos físico-funcionais, afetivos ou financeiros, sendo esta uma alternativa, embora contestada devido aos significados de abandono e maus tratos que acompanham as instituições asilares. Isso demonstra a necessidade de apoio à família por outras instituições sociais, principalmente, em contextos como o brasileiro, nos quais se predominam as desigualdades sociais (ANGELO, 2000).

Essa situação se torna mais agravante quando associado à velhice de um membro da família, há a presença de uma doença crônico-degenerativa, como o Acidente Vascular Cerebral Isquêmico, que tem como uma de suas características o surgimento súbito das manifestações clínicas iniciais. Diante desse quadro, o cuidador familiar se depara com uma demanda de cuidados complexos que, muitas vezes, não está preparado para desempenhar. Como resultado, desencadeia-se uma sucessão de experiências que podem provir o desgaste físico, emocional e social.

2.2 Acidente vascular cerebral

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) continua a ser um grande problema de saúde pública que se situa entre as três maiores causas de morte em muitos países e é responsável por uma grande proporção da carga de doenças neurológicas. Mais comumente incapacitante do que fatal, o AVC é a principal causa de incapacidade neurológica grave e acarreta custos enormes, medidos tanto em gastos com os cuidados de saúde como com produtividade perdida. Foram feitos grandes avanços no conhecimento da epidemiologia, da etiologia e da patogênese ocasionando novas condutas no diagnóstico e tratamento (SACCO, 2007).

Acidente Vascular Cerebral (AVC) constitui um conjunto de alterações, em que uma área encefálica é, transitória ou definitivamente, afetada por isquemia e/ou sangramento, ou um ou mais vasos encefálicos são envolvidos em um processo patológico (NITRINI; BACHESCHI, 2005).

Pode ser localizado ou generalizado, transitório ou definitivo, estando as alterações clínicas relacionadas à extensão e à localização da lesão (GAGLIARDI, 2006).

Ainda, segundo Gagliardi (2006), há dois tipos de AVC, de acordo com as características anatomopatológicas: infarto cerebral (classicamente chamado de AVC isquêmico - AVCI) e a hemorragia cerebral (AVC hemorrágico - AVCH).

Em geral, conforme Sacco (2007), o AVC isquêmico é três a quatro vezes mais frequente que o hemorrágico, compreendendo 70 a 80% de todos os acidentes vasculares cerebrais. Por esse motivo, neste estudo será trabalhado com cuidadores de idosos acometidos por AVC isquêmico.

Ainda, de acordo com Sacco (2007), classificam-se os fatores determinantes do AVC em fatores de risco não passíveis de modificação e passíveis de modificação. Dentre os fatores não passíveis, observa-se maior frequência entre os homens, principalmente, com história familiar de AVC e negros, sendo a idade o determinante mais forte.

Em relação à faixa etária, a incidência do AVC é maior após os 65 anos, havendo um aumento do risco com a idade, sendo que a cada década após os 55 anos dobra-se o risco (FONSECA; PENNA, 2008).

Como fatores de risco passíveis de modificação, destacam-se: a hipertensão, segundo mais forte após a idade; doenças cardíacas; diabetes; hipercolesterolemia; inatividade física; uso de cigarros; abuso de álcool; estenose carotídea assintomática e história de ataque isquêmico transitório (SACCO, 2007).

As manifestações clínicas são súbitas e trazem déficits neurológicos temporários ou permanentes de variadas intensidades, nos quais o sinal mais comum é a hemiplegia, podendo também apresentar distúrbios de comportamento, de linguagem, de sensibilidade, de visão, de deglutição, dentre outros, deixando o paciente a depender de outras pessoas para realizar as suas atividades de vida diária básicas, como higiene, alimentação e locomoção (BRITO; RABINNOVICH, 2008).

Outra manifestação bastante comum após o AVC é o surgimento de depressão nos pacientes, que na maioria dos casos (50 a 80%) não é diagnosticada. A depressão pós-AVC está relacionada ao aumento da mortalidade, bem como ao comprometimento da recuperação das funções cognitivas e da qualidade de vida do paciente e da saúde dos seus cuidadores (FREITAS, 2005).

Cerca de 40 a 50% dos indivíduos que sofrem AVC morrem após seis meses. A maioria dos sobreviventes exibirá deficiências neurológicas e incapacidades residuais significativas. Observa-se que 15% se encontram sem qualquer grau de incapacidade, podendo desenvolver suas atividades usuais; 37% apresentam discreta incapacidade, não podendo desenvolver algumas atividades que previamente exerciam, mas são capazes de se cuidarem por conta própria; 16% apresentam moderada incapacidade, sendo capazes de andar sem ajuda, mas necessitando de alguma ajuda para vestir-se; e 32% apresentam incapacidade moderadamente intensa ou grave, necessitando de ajuda tanto para andar quanto para se cuidar (NITRINI; BACHESCHI, 2005).

Por essa razão, a magnitude do impacto dos acidentes vasculares cerebrais é medida em termos de saúde pública pela sua incidência, prevalência e mortalidade específica. A incidência e a prevalência dependem da enumeração precisa e completa dos casos e de um conhecimento adequado da população subjacente em risco, sendo que, em geral, a incidência ajustada à idade varia entre 100 e 300 casos por 100.000 habitantes por ano, dependendo da metodologia do estudo, do país de origem e da demografia populacional, cuja taxa (por 100.000 habitantes) é de 167 para homens brancos e 138 para mulheres brancas, pois para os negros tem-se quase o dobro desse risco. Já os dados de mortalidade são obtidos facilmente, mas podem subestimar a real magnitude do problema, haja vista que nem todos os pacientes com AVC vêm a falecer disso, mas mesmo assim, de um modo geral, são responsáveis por cerca de 10% de todas as mortes na maioria dos países industrializados, sendo a maior parte em pessoas com mais de 60 anos (SACCO, 2007).

No Brasil, o AVC tem sido a principal causa de óbitos nos últimos anos. Estima-se que aproximadamente 200.000 novos casos possam ocorrer por ano, ressaltando que junho de 2008 teve-se 2.424 internações nos hospitais brasileiros, segundo dados do DATASUS (BRASIL, 2008a).

Segundo Gagliardi (2006), quem já sofreu um AVC possui um risco de morrer, em um período de cinco anos, 10 vezes maior se compararmos à população de mesma idade que não foi acometida por esse agravo.

Para o controle e prevenção do AVC, visam-se redução a um mínimo ou impedimento de sua ocorrência, recuperação funcional ótima após o episódio e impossibilidade de recorrências (SACCO, 2007).

A enfermagem ocupa um lugar singular na assistência a pacientes com sinais e sintomas de um AVC, sendo útil para evitar que estes permaneçam incapacitados ou morram desta enfermidade. Na fase aguda, um bom atendimento de enfermagem pode melhorar a chance de sobrevivência e minimizar as limitações que prejudicam a recuperação total. Além disso, pode orientar os familiares, de modo a estimular o bem-estar do paciente e de sua família, oferecendo segurança e conforto, o que ajudará para que esse paciente alcance independência (ELIOPOULOS, 2005).

Como o AVC isquêmico é frequente e de grandes consequências físicas, sociais e familiares, torna-se interessante a avaliação da qualidade de vida dos idosos acometidos por esse agravo. Medidas formais do efeito de doenças neurológicas e do tratamento através da descrição de modificações no exame neurológico são relativamente recentes. As escalas de avaliação neurológica são instrumentos essenciais para fornecer informações quanto à gravidade e ao prognóstico, mas são relativamente recentes, uma vez que começaram a ser descritas a partir da década de 1950. No Brasil, não dispomos de um instrumento específico de avaliação da qualidade de vida validado para uso em pacientes com AVC isquêmico (FINKELSZTEJN *et al.*, 2008).

Existem escalas para determinar a extensão da incapacidade pós-AVC, atividades de vida diária (AVDs) e capacidade de viver sozinho. Dentre as escalas mais utilizadas atualmente, têm-se a Escala de Rankin Modificada e a Escala de Barthel (FINKELSZTEJN *et al.*, 2008).

A Escala de Rankin Modificada (MRS), comumente, utilizada para se medir o grau de incapacidade ou dependência nas atividades diárias e já traduzida e adaptada para o português, é um instrumento disponível para se proporcionar um quantitativo prognóstico após um AVC para os profissionais de saúde. Foi originalmente introduzida em 1957 por Rankin e modificada por Lindley *et al.* em 1994 (HUYBRECHTS; CARO, 2007).

Essa escala é útil também para acompanhar a evolução do quadro clínico, mensurar o dano neurológico pela perda ou anormalidade de uma função psicológica, fisiológica ou anatômica e avaliar a invalidez. Além disso, seu uso no Brasil padroniza a avaliação diagnóstica e prognóstica na assistência a pacientes com AVC (CANEDA *et al.*, 2006).

Sua classificação é dada de acordo com a assistência de que o paciente necessita para realizar uma determinada função, porém apresenta como deficiência a avaliação de poucas funções. Pode ser aplicada por qualquer profissional da área da saúde (FINKELSZTEJN *et al.*, 2008).

A Escala de Barthel mede a severidade da incapacidade, e é a mais utilizada como medida de prognóstico após um AVC, podendo ser também aplicada em outros distúrbios neurológicos. A versão original é de Dorothea Barthel e Florence Mayoney, de 1989, e a modificada de Carl Granger, as duas objetivam medir a função física que se centra no autocuidado e a mobilidade básica (SANTOS *et al.*, 2005).

Esse instrumento pode ser também aplicado por qualquer profissional da área de saúde, avalia um maior número de atividades, sendo seguro, validado e traduzido para o português. A sua limitação está em não detectar perdas significativas das funções cognitivas necessárias para a independência domiciliar e social (FINKELSZTEJN *et al.*, 2008).

Conforme Caneda *et al.* (2006), a Escala de Barthel é um instrumento de confiabilidade, importante não apenas para a predição prognóstica, mas também para avaliação e planejamento de terapias auxiliares de reabilitação.

Como exposto, esse agravo de natureza inesperada tem um impacto muito grande, tanto do ponto de vista pessoal, como familiar e social, transtornando o cotidiano do indivíduo acometido e trazendo impactos de várias naturezas em sua família. É necessário não só a tomada de decisão e estratégias para prestar a devida assistência a esses doentes, mas também a elaboração de plano de apoio financeiro, emocional e de acompanhamento.

2.3 O cuidador familiar

Nas circunstâncias em que vive a população idosa no Brasil, os esforços da prevenção devem se voltar para o aumento do tempo de vida saudável, e não apenas para o prolongamento da vida com saúde precária, focados, portanto, na qualidade e não na quantidade de vida (SCHWANKE; FEIJÓ, 2006).

Então, com o número cada vez maior de pessoas que chegam à idade avançada, o tema envelhecimento envolve toda a família, principalmente se esse idoso for acometido por uma doença crônico-degenerativa, como o AVC isquêmico,

que instala uma situação de dependência relacionada aos âmbitos físico, psíquico e socioeconômico. Nesse contexto surge uma importante figura para a manutenção do bem-estar do idoso: o cuidador familiar.

Conforme Silva, Bessa e Oliveira (2004), a relevância da estrutura familiar surge quando é necessário se trabalhar com rede familiar de apoio, principalmente se for do idoso dependente.

Após a hospitalização inicial, 80% dos idosos que sobrevivem ao AVC retornam às suas famílias. Entretanto, continuam requerendo cuidados especiais que serão fornecidos pelo cuidador, contudo os motivos para essa desospitalização são vários, como a redução de custos da assistência hospitalar e institucional aos idosos dependentes (KARSCH, 2003).

Cuidar do idoso em casa é, certamente, uma situação que deve ser estimulada, mas cuidar de um idoso com algum tipo de incapacidade funcional é uma tarefa muito difícil. Por isso, faz-se necessário entender em que condições acontecem esse cuidado desempenhado pelo familiar.

Os estudos sobre cuidadores são emergentes e as tentativas de se conceituar cuidador familiar são bastante discutidas. Mas, primeiramente, é relevante compreender o cuidado e cuidar.

Cuidado significa atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar é servir, oferecendo ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas, é praticar o cuidado. Cuidar é também perceber a outra pessoa como ela é, e como se mostra, seus gestos e fala, sua dor e limitação. Sendo assim, o cuidado deve ir além dos cuidados com o corpo físico, considerando-se as questões emocionais, a história de vida, os sentimentos e emoções da pessoa a ser cuidada (BRASIL, 2008b).

A literatura gerontológica traz, conforme Neri e Carvalho *apud* Schwanke e Feijó (2006), as diferenças entre os tipos de cuidado e cuidadores, estabelecidas de acordo com o vínculo entre o idoso e o cuidador. O cuidado formal é aquele oferecido por profissionais e o informal por não-profissionais, como pessoas da família, podendo ser também amigos e vizinhos. Faz-se distinção também entre os cuidadores primários, secundários e terciários. Os cuidadores primários são os principais responsáveis pelo idoso e pelo cuidado e responsáveis pela maior parte das tarefas. Os secundários podem até realizar as mesmas tarefas, mas o que os diferencia dos primários é o fato de não terem o nível de responsabilidade e decisão,

atuando quase sempre de forma pontual em alguns cuidados básicos, revezando com o cuidador primário. Os cuidadores terciários são coadjuvantes e não têm responsabilidade pelo cuidado, substituindo o cuidador primário por curtos períodos e realizando, na maioria das vezes, tarefas especializadas como compras, pagar contas e receber pensões.

A ocupação de cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), sob o código 5.162, que define cuidador como alguém que cuida a partir de objetivos estabelecidos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida (BRASIL, 2008b).

Nesta perspectiva mais ampla do cuidar de um idoso, o papel do cuidador ultrapassa o simples acompanhamento das atividades diárias, sejam eles saudáveis ou enfermos, independentes ou dependentes.

A função do cuidador, segundo o Guia Prático do Cuidador do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008b), é acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, realizando pela pessoa somente as atividades que ela não consiga executar sozinha, não compondo como cuidado as técnicas e procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, como os de enfermagem. Esse guia elenca algumas tarefas que compõem parte da rotina do cuidador, tais como: atuar como elo entre a pessoa cuidada, a família e a equipe de saúde; ajudar nos cuidados de higiene; estimular e ajudar na alimentação; ajudar na locomoção e atividades físicas; estimular atividades de lazer e ocupacionais; administrar as medicações, conforme a prescrição e orientação da equipe de saúde; escutar, estar atento e ser solidário com a pessoa cuidada; outras situações que se fizerem necessárias para a melhoria da qualidade de vida e recuperação da saúde dessa pessoa.

Neri e Carvalho *apud* Schwanke e Feijó (2006) apresentam diferentes tipos de apoio aos idosos, em que a maioria desses, principalmente os mais incapacitados, demanda diferentes combinações de apoio. Classificaram os tipos de apoio em: material (provisão de dinheiro e outros recursos objetivos); instrumental (ajuda direta nas atividades de vida diária – AVDs); socioemocional (companhia, visitas, aconselhamento e consolo); cognitivo-informativo (explicação e ajuda na tomada de decisões); atividades básicas de autocuidado que ocorrem fora de casa (levar ao médico e à igreja); atividades básicas de autocuidado que ocorrem dentro de casa (ajuda na alimentação, no banho, na hora de se vestir, na medicação e nos exercícios); apoio instrumental para a realização das atividades de manejo de vida

prática dentro de casa (cozinhar, lavar/passar roupa e arrumar a casa); atividade de lazer (levar para passear e fazer visitas).

É evidente a complexidade do ato de cuidar de um idoso dependente. Por isso a família e, especialmente, o cuidador familiar, que serão os prestadores diretos desse cuidado devem ser preparados para esse fim. Isso se torna essencial quando se trata de um idoso acometido por AVC isquêmico, pois as incapacidades funcionais que podem surgir trazem mudanças afetivas e instrumentais em um tempo muito curto, exigindo da família uma mobilização mais rápida de sua capacidade de administrar a crise (MARCON, 2006). Além disso, o período de reabilitação após um AVC pode ser bastante prolongado.

Para Perlini e Faro (2005), é consenso para alguns autores que os cuidadores familiares recebem escassa orientação por parte dos profissionais de saúde a respeito dos cuidados com a saúde, entre esses, os necessários a idosos acometidos por AVC. Mas, apontam também que os cuidadores, embora sem muitas informações, cuidam de seus familiares doentes, mesmo que de uma forma intuitiva e baseada em suas crenças, possíveis experiências anteriores, bem como na troca de informações com outras pessoas e/ou grupos de apoio.

Soma-se a essa realidade o fato de que as famílias estão sofrendo mudanças sociais e econômicas que estão transformando a estrutura familiar nos lares brasileiros, o que pode afetar o papel do cuidador.

A família era compreendida como conjunto de pessoas com laços de parentesco e afinidade que residiam no mesmo teto. Mas, esse conceito vem sofrendo alterações devido ao aumento do número de separações, divórcios e novas uniões, instabilidade no mercado de trabalho, maior tempo de vida das gerações, maior número do contingente de viúvas e idosos exercendo chefias de família (KARSCH, 2003).

Então, as famílias estão mudando sua composição e os papéis desempenhados por seus membros. A inserção da mulher no mercado de trabalho é um fator de bastante contribuição para essa mudança, pois afeta o desempenho de suas funções de cuidadora da família, prejudicado ainda mais pelo número cada vez menor de familiares que participam como cuidadores secundários (ANGELO, 2000).

Em relação à diminuição do tamanho das famílias, Silva *et al.* (2006) relatam que podem indicar dificuldades da permanência do idoso nos domicílios, especialmente os com maior grau de dependência, chegando, por vezes, a um nível

de quase totalidade, agravado pela falta de um cuidador. O contexto sócio-cultural-econômico, pelo qual o País passa, tem dificultado a busca de soluções para a manutenção do idoso com sua família, na qual a dependência passa a se tornar um problema, devido à complexidade e à demanda dos cuidados.

Mas, apesar dessa mudança na estrutura familiar, segundo Perlini e Faro (2005), a família é a fonte mais comum de apoio e cuidados, tanto para o suporte formal como para as tarefas mais específicas de ajuda, e somente quando esgotam os recursos é que esta procura a institucionalização.

A permanência de sequelas incapacitantes após um AVC, impondo limitações aos pacientes não só de ordem motora, mas também cognitiva, pode alterar toda a dinâmica da vida das pessoas, constituindo-se em fonte de tensão. Isso se inicia no momento de se redefinir os papéis de cada membro da família e de definir quem será o responsável pelos cuidados. Como se dá esse processo de escolha ou determinação é importante para se entender as relações entre esse cuidador e o idoso dependente.

Normalmente, a responsabilidade principal recai sobre um único familiar, denominado cuidador principal. Embora, a designação seja informal, geralmente, ela obedece a quatro fatores, relacionados com o parentesco: ser cônjuge, ser do gênero feminino, já viver com o paciente e ter relação afetiva, principalmente conjugal e de filhos (FONSECA; PENNA, 2008).

Karsch (2003) apresenta em seu trabalho dados de uma pesquisa realizada dentro do Programa de Estudos Pós-graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC), no período de 1992 a 1997, denominada Estudo de Suporte Domiciliar aos Adultos com Perda de Independência e Perfil do Cuidador Principal. Nesse estudo, em 98% dos casos o cuidador era alguém da família, sendo 92,9% do sexo feminino, 44,1% eram esposas, 67,9% prestavam cuidados sem nenhum tipo de ajuda, 59% estavam acima dos 50 anos de idade e 41% tinham mais de 60 anos.

Esses dados retratam o perfil da grande maioria dos cuidadores familiares da nossa sociedade, reforçando ainda mais a necessidade de políticas públicas de proteção do idoso e ao cuidador.

Mas, o que estimula uma pessoa a ser cuidador? Apesar do peso da designação de quem será o cuidador principal na família, várias são as razões que motivam o familiar a assumir esse papel.

Dentre esses motivos, têm-se a obrigação moral; as questões religiosas, culturais; a experiência, garantia de retorno de cuidado diante da necessidade de ser cuidado; e a gratidão com o familiar idoso (THOBER; CREUTZBERG; VIEGAS, 2005).

O cuidador pode também exercer seu papel como um ato de amor, amor dos filhos para com os pais, das esposas para com os maridos e vice-versa. Muitos cuidam para sentirem-se importantes e úteis. Outros, em contrapartida, precisam do cuidado para que a própria existência seja confirmada. Há também os que realizam o cuidado por culpa e, na pior das hipóteses, por não ter escolha (GIL; BERTUZZI, 2006).

2.4 Cuidando do cuidador

Mesmo que as tarefas dos cuidadores familiares sejam realizadas apenas temporariamente, ser responsável por uma pessoa que necessita de ajuda para executar ações tão simples como se alimentar e locomover, os expõem, muitas vezes, a um desgaste físico e emocional que pode levar ao adoecimento (KIPPER, 2006).

O cuidador perante situação de doença de um familiar vivencia uma situação de crise geradora de estresse que ameaça o equilíbrio do funcionamento pessoal, familiar e social que, na ausência de mecanismos de resolução de problemas imediatos, pode levá-lo a uma situação problemática que conduz a um estado de desorganização psicossocial, frequentemente, acompanhado de sentimentos negativos como medo, culpa e ansiedade. Diante dessa situação ameaçadora, o cuidador interage e confronta-se com os recursos disponíveis, realizando uma apreciação das capacidades pessoais para enfrentar os conflitos e dos recursos físicos, psicológicos e sociais existentes para controlar ou resolver o problema, sendo que esse processo de enfrentamento está ligado ao tipo de emoção vivida e às condições que o provocam (LAZARUS, 1993).

Assumir o cuidado de um familiar sozinho não é tarefa fácil, pois os cuidadores lidam com uma diversidade de sentimentos e muitas vezes se veem obrigados a agregar novas atividades a sua rotina (MENDONÇA; GARANHANI; MARTINS, 2008).

Essa situação é bem desgastante para um familiar que cuida de um paciente idoso com incapacidade funcional após um AVC, que apresentará dependência para realização de suas atividades de vida diária e necessidades para enfrentar e se adaptar às suas novas condições de vida.

A tarefa de cuidar de alguém, geralmente, se soma às outras atividades do dia a dia, permitindo a sobrecarga do cuidador, já que muitas vezes assume a responsabilidade pelos cuidados, juntando-se a isso o peso emocional da doença que incapacita e traz sofrimento a uma pessoa querida. Diante dessa situação, é comum o cuidador passar por cansaço físico, depressão, abandono do trabalho, alterações na vida conjugal e familiar (BRASIL, 2008b).

O ato de cuidar de uma pessoa idosa dependente traz sobrecarga de ordem física, emocional e social para o cuidador familiar, cuja saúde vai se deteriorando com a exposição continuada a essas condições relativas ao ato de cuidar, de onde se conclui que o cuidador familiar, principal agente de produção de cuidados e proteção, também precisa de cuidados (BRITO; RABINNOVICH, 2008).

Neste estudo, será utilizada como conceito de sobrecarga a definição de George e Gwyther *apud* Cerqueira e Oliveira (2002), que a definem como problemas físicos, psicológicos ou emocionais, sociais e financeiros que familiares apresentam por cuidarem de idosos doentes.

O cansaço físico ocorre, principalmente, porque o cuidador desenvolve suas atividades somadas às outras atividades do seu dia a dia de maneira solitária. Outros problemas na saúde física do cuidador, segundo Bocchi (2004): distúrbios do sono pelo fato de dormirem tarde e terem seus sonos interrompidos para oferecerem cuidados; aparecimento de cefaléias; perda de peso; epigastralgias; cansaço para comer; hipertensão e ingestão maior de alimentos.

Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008b), com a finalidade de evitar o estresse e o cansaço, é preciso que o cuidador tenha tempo para o autocuidado, é importante que haja a participação de outras pessoas para a realização do cuidado e a implementação de modalidades alternativas de assistência como hospital-dia, centro de convivência, reabilitação ambulatorial, serviços de enfermagem domiciliar, entre outras ações.

A sobrecarga social acontece porque o cuidador de pessoa com AVC vivencia mudanças no estilo de vida que reduzem, modificam e geram insatisfações consequentes das condições limitantes impostas pela doença trazendo sentimentos

de isolamento social. Além desses fatores, observa-se também a sobrecarga de atividades que limitam o tempo livre, a própria perda do companheiro, os distúrbios comportamentais do portador de AVC, as mudanças nos relacionamentos familiares e no círculo de amizades. Além disso, somam-se as dificuldades financeiras devido a problemas com o emprego, como abandono em muitas situações (BOCCHI, 2004).

As mudanças nas relações familiares e o sentimento de impotência e insegurança decorrentes de se ter um familiar idoso com AVC traz sobrecarga de ordem emocional ao cuidador. As relações conjugais, ainda segundo Bocchi (2004), também têm sofrido consequências geradas pela doença, pois os papéis de cuidadores são modificados dentro do casamento, vivenciando problemas como mudança no estilo de vida, depressão, frustração, trabalho extra, problemas de comunicação, perda da independência, da confiança e da concentração, sentimentos de inutilidade e de solidão.

As dificuldades na convivência entre os membros e o desgaste familiar estão frequentemente relacionadas à quantidade de cuidados exigidos ao cuidador principal que, por estar sobrecarregado, não consegue dar atenção aos outros familiares, ou seja, quanto maior a dependência, maior é a falta de tempo do cuidador para os outros membros da família e para promover sua saúde mental a partir de uma convivência social externa (MARCON, 2006).

Ser cuidador implica em prazer e satisfação quando o cuidador se envolve produtivamente em suas tarefas e consegue bons resultados. Então, ser cuidador de uma pessoa com AVC é uma tarefa complexa e singular a cada cuidador, devido à ambivalência de sentimentos e às diversas formas de compreensão do cuidado (MENDONÇA; GARANHANI; MARTINS, 2008).

As sobrecargas física, emocional e social sentidas pelo cuidador são prejudiciais também à família e à pessoa cuidada. Dessa forma, de acordo com Mendonça, Garanhani e Martins (2008), ainda há muito que se conhecer sobre o que é ser cuidador, identificar suas necessidades e despertar o cuidado a essas pessoas por parte dos serviços de saúde e da sociedade.

O Guia Prático do Cuidador do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008b, p. 10) traz algumas orientações que podem ajudar a preservar a saúde e aliviar a tarefa do cuidador:

- O cuidador deve contar com a ajuda de outras pessoas, como a ajuda da família, amigos ou vizinhos, definir dias e horários para cada um assumir

parte dos cuidados. Essa parceria permite ao cuidador ter um tempo livre para se cuidar, se distrair e recuperar as energias gastas no ato de cuidar do outro; peça ajuda sempre que algo não estiver bem.

- É fundamental que o cuidador reserve alguns momentos de seu dia para se cuidar, descansar relaxar e praticar alguma atividade física e de lazer (...).

Essas orientações são muito importantes, mas a realidade da maioria dos cuidadores brasileiros é de sobrecarregadas, de pouco preparo para realização da tarefa de cuidar de idosos com AVC, que apresentam sequelas e diminuição da sua capacidade funcional.

Essa realidade demonstra a necessidade de ações de enfermagem que melhorem o enfrentamento familiar por meio do ensino sobre saúde e que reforcem a colaboração da família no planejamento dos cuidados. Nesse sentido, o campo é bem propício para a enfermagem desenvolver seu papel de educador em saúde junto aos familiares/cuidadores de pacientes acometidos por AVC, estabelecendo uma relação de confiança e de parceria com a família/cuidador familiar, de modo a informar esse cuidador sobre a doença, suas causas, conseqüências e a forma de enfrentá-la (CHAGAS; MONTEIRO, 2004).

Marques, Rodrigues e Kusumota (2006) salientam que o esforço e o potencial de cada família devem ser reconhecidos e valorizados pelo profissional enfermeiro que utilizará o que é positivo nela para fornecer o suporte necessário a cada uma, encorajando-as e auxiliando-as para a reorganização e o equilíbrio do sistema familiar, por meio de suas próprias demandas e desafios do cotidiano. Assim, conforme Chagas e Monteiro (2004), a família terá mecanismos de enfrentamento adequados, passando a atuar de maneira ativa e positiva no processo de reabilitação do paciente.

Essas ações fortalecerão e capacitarão a família para atender às necessidades de cuidado do idoso, bem como administrará a situação vivenciada por todos os membros da família com um menor grau de sofrimento e desajustes (MARQUES; RODRIGUES; KUSUMOTA, 2006).

O conhecimento das atividades desenvolvidas no domicílio e das sobrecargas enfrentadas pelos cuidadores familiares de pacientes idosos incapacitados por AVC isquêmico é de fundamental importância para o tratamento, reabilitação desse paciente e para amenizar a tensão intrafamiliar. De acordo com

Perlini e Faro (2005), esses conhecimentos contribuirão para atividades educativas a serem desenvolvidas por toda a equipe interdisciplinar nas ações de preparo da alta hospitalar e de acompanhamento domiciliário. O desenvolvimento de um plano de atenção ao cuidador familiar, a partir de dados que respondam às suas necessidades, atenderá também às necessidades do paciente acometido de AVC.

2.5 Cuidado clínico de enfermagem no contexto do cuidador familiar

Os processos de transição demográfica e epidemiológica vivenciados no país contribuíram para a expansão do papel do enfermeiro na área de gerontologia e geriatria, principalmente, no cuidado domiciliário.

Nessa perspectiva, refletir sobre o cuidado clínico de enfermagem no contexto do cuidador familiar de idoso acometido por AVC isquêmico é visualizá-lo de maneira ampliada e com vistas à transdisciplinaridade, com a participação ativa do ser cuidado, da sua família e seu cuidador.

Os pacientes idosos com problemas neurológicos devem lidar tanto com as limitações impostas pela doença quanto por aquelas resultantes do processo de envelhecimento. O cuidado de enfermagem pode ajudar o idoso a alcançar o nível máximo de independência, buscando em suas ações o engajamento do idoso em atividades cotidianas com a família e a verbalização de atitudes positivas em relação às modificações necessárias no seu estilo de vida (ELIOPOULOS, 2005).

Esse cuidado deve ser amplo, considerando os aspectos físicos e também emocionais, sociais e espirituais do idoso, significativos para sua qualidade de vida e saúde.

Uma boa qualidade de vida na velhice depende de inúmeros fatores, como longevidade, boa saúde física e mental, satisfação, controle cognitivo, produtividade, atividade, *status* social, continuidade dos papéis familiares e ocupacionais, bem como continuidade das redes de relações informais, fatores que decorrem da história de vida pessoal e das condições sociais existentes (NERI, 2000).

Em relação ao cuidador familiar, é necessário destacar a importância que a família tem no processo de prestação de cuidados aos seus idosos. A família é considerada como um sistema, com interdependência entre os membros. Por isso, os desafios de vida para os membros individuais interferem no sistema familiar e

determinadas situações como doença de um membro da família pode influenciar negativamente no funcionamento familiar (CARPENITO-MOYET, 2007).

Cuidar de um idoso provoca alterações na dinâmica familiar, que podem ser sentidas, principalmente, quando o idoso exige assistência nas atividades de vida diária por perda da sua capacidade funcional devido a uma doença crônica como o AVC isquêmico. Além disso, na medida em que aumenta o grau de complexidade dos cuidados aumenta a insegurança no núcleo familiar.

Quando dessa situação, o cuidador pode ser incapaz de lidar com o estresse de forma eficaz, sobrecarregando-se e passando a não atendimento das necessidades do idoso sob seus cuidados. Conforme Carpenito-Moyet (2007), o estresse é definido como a resposta do organismo a qualquer demanda feita sobre ele, sendo que tem o potencial de tornar-se crise quando o cuidador ou família não pode enfrentá-lo de modo construtivo e os métodos habituais de solucionar problemas são inadequados para resolver a situação.

Ao analisar a interação cuidador e idoso com AVC isquêmico, entende-se que o processo de tornar-se cuidador se dá de diferentes formas, de acordo com as características e dos valores que constituem os elos de cada família. Em meio à realização dos cuidados, surgem, no decorrer do cotidiano, sentimentos muitas vezes ambíguos por parte do cuidador, que estão relacionados à evolução da doença e ao tipo de dependência apresentado pelo familiar que está sendo cuidado. Por isso, para os cuidadores desempenharem tal tarefa, é necessário ter ou desenvolver algumas características que possibilitem enfrentar o cuidar de forma objetiva e/ou subjetiva (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004).

Ser cuidador pode muitas vezes ser uma situação imposta ou gerada pela necessidade do idoso ter um cuidador, gerando, assim, uma situação de conformismo. Esse cotidiano do cuidado pode de certa forma produzir situações de conflito entre quem cuida, quem é cuidado e os demais integrantes da família, mas dificilmente altera esta condição, incentivando o cuidador familiar a sentir-se impotente diante da situação, percebendo-a como imutável e, de certa forma, contribuir para que se resigne às circunstâncias. No entanto, o cuidar de um idoso doente no domicílio também pode estar revestido por sentimentos de gratidão e carinho, como possibilidade concreta de expressar o reconhecimento por cuidados e atenção recebidos por parte desta pessoa em outras ocasiões. Nesta circunstância,

o cuidado permite a aproximação dos mesmos e fortalecimento de seus papéis (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004).

Como as famílias estão absorvendo muito mais responsabilidades pelos cuidados de familiares idosos dependentes, os enfermeiros precisam compreender as várias estruturas, os papéis e relacionamentos existentes nas famílias, para que possam ser eficientes ao trabalharem com idosos e seus cuidadores (ELIOPOULOS, 2005).

O enfermeiro deve buscar coletar uma história familiar completa para uma visão da dinâmica familiar, para identificação dos fatores relacionados e planejamento das intervenções apropriadas; facilitar a comunicação aberta; proporcionar ensino e apoio ao cuidador; fazer com que a família tome conhecimento dos grupos de apoio que podem auxiliá-la (ELIOPOULOS, 2005).

Através dessas ações o enfermeiro pode diagnosticar problemas que possam sobrecarregar o cuidador familiar e comprometer o cuidado ao idoso, pois a identificação e orientação antecipada podem alertar a família para problemas iminentes, permitindo a intervenção para prevenir a ocorrência de tais problemas.

Nos Diagnósticos de Enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association – NANDA* encontram-se a definição e classificação dos diagnósticos de enfermagem *Tensão do papel de cuidador* e *Risco de tensão do papel de cuidador* (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2008). Nos dois casos, verifica-se que a complexidade do cuidado, a gravidade da doença, o tempo de cuidado, o estado de saúde física e emocional, bem como as condições socioeconômicas do cuidador, a relação entre o cuidador e a pessoa cuidada e os processos familiares irão influenciar o surgimento desses diagnósticos.

O diagnóstico *Tensão do papel de cuidador*, também definido por Carpenito-Moyet (2007), descreve a carga mental e física que o papel de cuidador impõe sobre o indivíduo, o que influencia todos os relacionamentos e as responsabilidades concorrentes, sendo por isso um diagnóstico complexo e difícil de ser identificado.

Daí a importância do cuidado clínico de enfermagem, entendido como cuidado prestado ao ser humano em diferentes dimensões e contextos, buscando atender às necessidades do idoso na situação de adoecimento como também na recuperação e reabilitação.

Para efetivar essas ações, o enfermeiro precisa estar atento a algumas considerações. A família é um sistema de suporte que pode apresentar dificuldades

em aceitar as mudanças, principalmente, aquelas vinculadas à dependência; os cuidadores não têm preparo para cuidar adequadamente do idoso, esquecendo-se muitas vezes do autocuidado; a condição de cuidador não é considerada pelos mesmos uma profissão e sim uma missão, não compartilhando os cuidados; os cuidadores não têm um esclarecimento prévio quanto às complicações decorrentes da sobrecarga causada pelos cuidados de forma integral e contínua (RIBEIRO; CALDEIRA, 2004).

Somado a isso, nota-se que na maioria dos serviços não há nenhum tipo de assistência relacionada aos cuidadores. Daí a necessidade de uma assistência de enfermagem sistematizada, voltada ao cuidado clínico do idoso e seu cuidador, garantindo um acompanhamento contínuo dos mesmos com o intuito de prepará-los para as alterações decorrentes do AVC isquêmico na vida de ambos, sem falar que, em muitas situações, os cuidadores encontram na enfermeira, a possibilidade de expressar seus sentimentos e dificuldades presentes no cuidado.

Todavia, percebe-se que o cuidado desempenhado pelo cuidador familiar ao idoso com algum tipo de dependência ainda compreende incógnitas a serem desvendadas e compreendidas pelo enfermeiro. Desse modo, o enfermeiro e sua equipe de saúde podem proporcionar suporte às famílias que têm em seus domicílios idosos acometidos por AVC isquêmico, pois através do cuidado clínico desenvolvido por intermédio de uma assistência sistematizada, podem ser evidenciadas as necessidades que os cuidadores enfrentam durante o processo de cuidar e assim colaborar na assistência tanto ao cuidador, bem como ao idoso que necessita de atenção.

Vários estudos foram realizados nos últimos anos mostrando o papel desempenhado pelos cuidadores familiares na sociedade, constituindo-se numa rede autônoma de atendimento a situações que envolvem saúde, doença e cuidado, sem o devido reconhecimento e apoio por parte dos serviços de saúde oficiais (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004).

Ainda segundo Cattani e Girardon-Perlini (2004), os cuidadores familiares muitas vezes desconhecem que poderiam recorrer aos profissionais e aos serviços de saúde para buscar apoio, orientações e ajuda no seu cotidiano. O sistema de saúde tem buscado através da implantação de algumas ações fortalecerem a contribuição familiar para a manutenção e melhora dos níveis de saúde de seus integrantes e, conseqüentemente, dos cuidados realizados nos domicílios às

pessoas que apresentam algum tipo de dependência, todavia a implantação desta proposta na prática ainda precisa ser efetivada.

Diante disso, o cuidado clínico de enfermagem pode proporcionar uma assistência ao idoso efetiva e um acolhimento de forma digna do cuidador ao serviço de saúde. Segundo Cattani e Girardon-Perlini (2004), essas ações podem colaborar para que o cuidador familiar possa desenvolver conhecimentos e habilidades para lidar com a demanda de cuidados que a doença do idoso exige, contribuindo para que o cuidar não se torne desgastante e gerador de sobrecarga, possibilitando uma melhor resolutividade nas ações voltadas ao idoso na esfera domiciliar.

Em suma, acredita-se que o profissional enfermeiro como um agente transformador no campo da saúde, deve estar atento e comprometido com a assistência domiciliar ao cuidador e ao idoso acometido por AVC isquêmico, pois através de uma assistência de qualidade e do cuidado clínico pode perceber de uma forma mais ampla o processo saúde-doença, englobando os fatores psico-sociais de cada um, além de evidenciar os motivos que tornaram os cuidadores como tal e os sentimentos e necessidades destes enquanto cuidam, proporcionando assim, qualidade de vida aos cuidadores e também ao idoso doente.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Avaliar a relação das sobrecargas do cuidador familiar com a incapacidade funcional do idoso acometido por AVC isquêmico para o cuidado clínico de enfermagem.

3.2 Específicos

Descrever as características sóciodemográficas, econômicas, tempo na função e apoio recebido pelo cuidador familiar;

Identificar características sóciodemográficas, informações sobre a doença e grau de incapacidade funcional do idoso após o AVC isquêmico;

Investigar a prevalência das sobrecargas do cuidador;

Associar as características do cuidador, as características e a incapacidade funcional do idoso com as sobrecargas identificadas.

4.1 Natureza do estudo

Estudo do tipo descritivo exploratório e de natureza quantitativa. Considerando-se o objeto da pesquisa, esse é o tipo que melhor atendeu aos objetivos traçados, levando ao entendimento das problemáticas que envolvem a temática.

Estudo descritivo exploratório, conforme LoBiondo-Wood e Haber (2001), é aquele que descreve detalhadamente as variáveis existentes usando esses dados para justificar e avaliar condições e práticas concorrentes ou fazendo planos para melhorar as práticas de atenção à saúde.

Pesquisa de natureza quantitativa é aquela que aplica a abordagem científica de modo sistemático, para levantar questões fundamentadas na realidade objetiva, usando instrumentos formais para coleta de informações numéricas e que serão analisadas com procedimentos estatísticos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Segundo Creswel (2007), pesquisa quantitativa é uma técnica em que o investigador usa raciocínio de causa e efeito, redução de variáveis específicas e hipóteses, empregando estratégias de investigação e coleta de dados que geram dados estatísticos.

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida no Ambulatório de Neurologia do Hospital Universitário Walter Cantídio no município de Fortaleza-CE, serviço que oferece acompanhamento de pacientes com diagnóstico de AVC e possui um ambulatório que funciona há cerca de dez anos, referência no estado do Ceará. A maioria dos pacientes procede de municípios da região metropolitana de Fortaleza e em menor escala de outros estados, como Piauí e Rio Grande do Norte.

O ambulatório funciona nas manhãs das terças-feiras, atendendo a cerca de oito pacientes. As consultas de retorno são agendadas de acordo com as necessidades de cada paciente.

4.3 População, amostra e período de coleta de dados

São atendidos nesse serviço em média 32 pacientes por mês com o diagnóstico de AVC. A população constituiu-se de todos os cuidadores de idosos acometidos por AVC isquêmico, acompanhados no Ambulatório de Neurologia da instituição escolhida, de maio a agosto de 2009. Para serem inclusos na pesquisa os participantes deveriam: apresentar-se como cuidadores principais responsáveis pelo bem-estar, assistência e prestação de cuidados ao idoso acometido por AVC isquêmico (incidente ou recorrente), familiares ou não e aceitar participação na pesquisa.

Foram excluídos da pesquisa: funcionários de instituição de saúde ou de instituições particulares de solidariedade social ou cuidadores contratados e remunerados diretamente pela família do paciente para esse fim; cuidadores com menos de quatro semanas de exercício da função.

De acordo com os critérios de inclusão e exclusão e o período de coleta de dados, a amostra foi constituída de 52 cuidadores de idosos com AVC isquêmico.

4.4 Coleta de dados

Para coleta dos dados, foi utilizado um instrumento do tipo formulário aplicado em entrevistas realizadas pela própria pesquisadora com os cuidadores, no local de estudo e em sala apropriada, logo após o atendimento do idoso no ambulatório, de forma individual e respeitando-se os aspectos éticos. O tempo de preenchimento do formulário foi em média 20 minutos.

O formulário compreende quatro partes: a primeira parte voltada para caracterização dos idosos atendidos em relação aos aspectos sóciodemográficos e da doença (faixa etária, sexo, procedência, estado civil, episódio de AVC e tempo de sua ocorrência e de acompanhamento no ambulatório); a segunda constou da notificação do grau de incapacidade funcional registrado no prontuário do idoso, de acordo com a Escala de Rankin de Incapacidade Modificada, e aplicação da Escala de Barthel pela pesquisadora; a terceira consiste na caracterização dos aspectos sóciodemográficos (faixa etária, sexo, residência e relação de parentesco com idoso), econômicos (escolaridade, situação profissional, profissão e renda), do tempo de cuidador, do apoio formal e informal dos cuidadores; e a quarta o

levantamento da sobrecarga física, emocional e social do cuidador através da aplicação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal – QASCI (Apêndice A).

Para coleta de informações sobre o grau de incapacidade funcional dos idosos, utilizou-se a classificação definida de acordo com a Escala de Rankin de Incapacidade Modificada, que é registrada no prontuário do paciente pelo médico em todas as consultas. Nessa escala, conforme Bonita e Beaglehole (1988), a incapacidade pode variar do grau 0 a 6, ou seja, sem nenhum sintoma, passando pela incapacidade grave, com confinamento ao leito e requerendo assistência constante, até óbito (Anexo A). Essa escala, em versões e adaptações para o nosso idioma, mostra-se como escala de avaliação de comprometimento neurológico clinicamente aceitável (CANEDA *et al.*, 2006).

Para complementar essas informações, aplicou-se a Escala de Barthel que mensura a capacidade do idoso em desenvolver as Atividades de Vida Diária (AVDs), por meio da avaliação de informações sobre os idosos fornecidas pelos seus cuidadores (Anexo B).

A escala de Barthel compreende 10 itens que avaliam controle dos esfíncteres vesical e intestinal, higiene pessoal, independência no banheiro, alimentação, transferência da cadeira, marcha, capacidade de vestir-se e banhar-se e capacidade para subir escadas. Em cada item, atribui-se ao paciente um escore de 0, 1, 2 ou 3, sendo que ao final soma-se os escores obtidos para classificar o paciente em independente ou dependente grave, moderado ou leve (CHAVES; FINKELSZTEJN; STEFANI, 2008).

Assim como a Escala de Rankin Modificada, a Escala de Barthel mostra-se como escala de avaliação neurológica de confiabilidade clínica e de boa aplicabilidade, contudo quando utilizadas juntas aumenta a confiabilidade desses instrumentos no prognóstico da doença cerebrovascular (CANEDA *et al.*, 2006), justificando-se assim a utilização das duas escalas para avaliação da capacidade funcional dos idosos neste estudo.

O levantamento das questões acerca da sobrecarga se baseou no Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal – QASCI (Apêndice A), considerando-se quatro semanas um intervalo de tempo mínimo para estabelecimento de condições de sobrecarga entre idoso e cuidador que podem ser

identificadas por este instrumento. Para melhor entendimento das questões, a linguagem desse instrumento foi adaptada pela autora para o português do Brasil.

Esse instrumento, já validado numa versão em português por Martins, Ribeiro e Garret (2003), foi criado para avaliar a sobrecarga física, emocional e social do cuidador informal de doentes com sequelas de AVC. Não é um índice que define uma situação clínica, mas possibilita uma análise mais apurada e multidimensional sobre a problemática, pois reúne critérios homogêneos e de validade. Possui ao todo 32 questões divididas em sete componentes: sobrecarga emocional, implicações na vida pessoal, sobrecarga financeira, reações às exigências, mecanismos de eficácia e controle, suporte familiar e satisfação com o papel e com o familiar.

O componente *sobrecarga emocional* agrupa quatro questões relacionadas a sentimentos negativos, focalizados no cuidador e que repercutem na sua vida, como conflitos internos e vontade de fugir da situação. O componente *implicações na vida pessoal* engloba 11 questões correspondentes a um conjunto de situações que podem provocar alterações e impacto na vida pessoal, como diminuição do tempo disponível, comprometimento da saúde e a alteração de hábitos para atender às necessidades do familiar. *Sobrecarga financeira* é o componente que possui duas questões que tratam das dificuldades financeiras decorrentes do cuidado e constitui uma dimensão específica. O componente *reações às exigências* com cinco questões engloba um conjunto de sentimentos negativos, como a percepção de ser manipulado ou a presença de comportamentos por parte do familiar, que podem causar sobrecarga emocional. O componente *mecanismos de eficácia e controle* integra nas suas três questões aspectos que capacitam ou facilitam o enfrentamento por parte do cuidador dos problemas decorrentes do seu papel. O *suporte familiar* em suas duas questões aborda sentimentos relacionados ao apoio da família para gestão dos problemas enfrentados pelo cuidador. Por fim, *satisfação com o papel e com o familiar* possui cinco questões que integram sentimentos e emoções positivas decorrentes do desempenho do papel de cuidador e da relação afetiva que se estabelece entre ambos. Estes três últimos componentes constituem as forças positivas do instrumento (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003).

Cada questão possui as opções de resposta *não/nunca*, *raramente*, *às vezes*, *quase sempre* e *sempre* que corresponde a um determinado escore. Sua utilização possibilitou o levantamento de aspectos que determinam, na amostra em

estudo, sobrecarga de ordem física, emocional e social sobre os cuidadores, como também abordagem sobre o suporte familiar e satisfação dos mesmos.

Segundo Martins, Ribeiro e Garret (2003) a maioria dos instrumentos de avaliação da sobrecarga do cuidador informal apresenta em média um número reduzido de fatores, e o QASCI ao discriminar sete componentes, pode contribuir para uma análise mais apurada do fenômeno estudado. Mas, serão necessários outros estudos para averiguar a sua validade clínica e especificidade.

4.5 Análise dos dados

Os dados foram analisados, inicialmente, por meio de procedimentos de estatística descritiva, que compõe um meio de se organizar e resumir as observações, provendo resumos de características gerais de um conjunto de dados e várias formas de apresentação, como as tabelas e os gráficos (PAGANO; GAUVREAU, 2004).

Para o tratamento dos dados obtidos a partir do QASCI, em todas as subescalas/componentes, com exceção do *suporte familiar, percepção dos mecanismos de eficácia e de controle e satisfação com o papel e com o familiar*, a resposta com maior escore correspondeu à maior sobrecarga. Assim, desde que haja pontuação (valor diferente de zero) há indícios de sobrecarga. Como o valor varia de 0 a 100, pode-se dizer que de 0 a 25 haja uma sobrecarga leve; de 26 a 50 sobrecarga moderada; de 51 a 75 sobrecarga grave e acima de 75 sobrecarga gravíssima (MARTINS; RIBEIRO; GARRET, 2003).

Ainda segundo os autores citados, os escores relativos às dimensões *mecanismos de eficácia e de controle, suporte familiar e satisfação com o papel e com o familiar* foram invertidos para que as pontuações mais altas correspondessem a situações de maior sobrecarga e estresse.

A partir dos sete componentes do QASCI, criaram-se sete categorias ou tipos de sobrecargas, que possuem questões que tratam das sobrecargas física, emocional e social: sobrecarga emocional (questões 1 a 4), implicações na vida pessoal (questões 5 a 15), sobrecarga financeira (questões 16 e 17), reações às exigências (questões 18 a 22), mecanismos de eficácia e controle (questões 23 a 25), suporte familiar (questões 26 e 27) e satisfação com o papel e com o familiar (questões 28 a 32).

Após isso, transformou-se cada tipo de sobrecarga em valores percentuais para que as pontuações finais de cada componente (subescala) apresentassem valores homogêneos e comparáveis. Os itens de cada dimensão foram somados, e a este valor foi subtraído o valor mínimo possível no componente. Este valor foi dividido pela diferença entre o valor máximo e mínimo possível na dimensão, e o resultado multiplicado por 100 para que a leitura fosse efetuada em porcentagem, conforme a fórmula abaixo:

$$\frac{\sum - \text{pontuação mínima de cada subescala}}{Mx - Mn} \times 100$$

Calcularam-se as medidas estatísticas média e desvio padrão das variáveis quantitativas. Aplicou-se o teste de Levene para a verificação da igualdade das variâncias. Após isso, compararam-se as médias por meio dos testes paramétricos t *Student* (duas médias) e F de *Snedecor* (três ou mais médias); quando o teste F foi estatisticamente significativo, fizeram-se as comparações múltiplas pelo teste de Games-Howell. Compararam-se, também, as medianas pelos testes não-paramétricos de Mann-Whitney (se duas medidas de tendência central) e pelo teste de Kruskal-Wallis (três ou mais medidas de tendência central); nessa última análise, se estatisticamente significativo, empregou-se o teste de Dunnett para verificar quais os pares diferiram. As análises de associação entre as variáveis qualitativas e/ou categóricas foram realizadas por meio do teste não-paramétrico Razão de Máximo Verossimilhança. Fez-se a análise de correlação linear entre as sete sobrecargas e as variáveis do cuidador e do idoso, bem como das sobrecargas entre si, por meio do coeficiente de correlação linear r de Pearson. Para todas as análises foram consideradas como estatisticamente significantes aquelas cujo $p < 0,05$.

Os dados foram processados no *software* SPSS, versão 14.0.

4.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Hospital Universitário Walter Cantídio, conforme as determinações da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que define as diretrizes e normas que regem a pesquisa com seres humanos, recebendo o parecer n.º 018.04.09, de 11 de maio de 2009.

Também foi encaminhado à Chefia do Ambulatório de Neurologia da instituição, sede do local do estudo, requerendo autorização para coleta de dados no ambulatório (Apêndice B).

Todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos e finalidades do estudo, do direito do anonimato e de autodeterminação. Assim, foram informados que a recusa em colaborar, ou a desistência em qualquer momento, em nada causaria interferência no atendimento dos idosos no serviço de saúde. Ao aceitarem participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que além das informações acima, tinha outras informações adicionais como o contato com o pesquisador principal, para possíveis esclarecimentos (Apêndice C).

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste estudo, a análise e a discussão dos resultados ocorreram em quatro momentos, obedecendo aos objetivos propostos:

- Primeiro momento: descrição das características sócio-demográficas, econômicas, tempo na função e apoio recebido pelo cuidador familiar do idoso acometido por AVC isquêmico;
- Segundo momento: identificação das características sócio-demográficas, informações sobre a doença e grau de incapacidade funcional do idoso após o AVC isquêmico;
- Terceiro momento: investigação da prevalência das sobrecargas do cuidador;
- Quarto momento: associação das características do cuidador, das características e da incapacidade funcional do idoso às sobrecargas do cuidador.

5.1 Caracterização do cuidador familiar

Participaram deste estudo, como já mencionado anteriormente, 52 cuidadores de idosos acometidos por AVC isquêmico, acompanhados no Ambulatório de Neurologia, do Hospital Walter Cantídio, de Fortaleza-CE-Brasil. Em obediência aos objetivos do estudo, realizou-se, inicialmente, a caracterização sócio-demográfica (faixa etária, sexo, residência, relação de parentesco com o idoso e estado civil) e econômica (escolaridade, situação profissional e renda familiar) dos entrevistados que participaram dessa pesquisa e, em seguida, a descrição quanto ao tempo de cuidador e apoio formal e informal recebido por estes.

Os dados referentes a essa população, segundo as características sócio-demográficas estão representados na Tabela 1:

Tabela 1: Distribuição do número de cuidadores familiares de idosos acometidos por AVC isquêmico, segundo aspectos sócio-demográficos. Fortaleza-CE, 2010.

Características	Nº	%	
Faixa etária (ano)			
20-30	6	11,5	
31-40	9	17,3	média±DP
41-50	17	32,8	47,8±13,7anos
51-60	10	19,2	
61-74	10	19,2	
Sexo			
Feminino	48	92,3	
Masculino	4	7,7	
Residência			
Junto ao idoso	39	75,0	
Separado do idoso	13	25,0	
Relação de parentesco com o idoso			
Cônjuge	12	23,1	
Filho (a)	33	63,5	
Outros*	7	13,4	
Estado civil**			
Solteiro (a)	19	47,5	
Casado (a)	16	40,0	
Viúvo (a)	2	5,0	
Outro	3	7,5	

n=52

*Irmão, vizinho, neto, sobrinha e nora.

**Estado civil dos cuidadores que não eram cônjuges.

Todos os cuidadores entrevistados eram informais, e se identificaram como cuidadores principais, ou seja, responsáveis pelo idoso e pela maior parte das tarefas. Apesar da abordagem sobre a figura do cuidador familiar, considerou-se também cuidador o não familiar, tendo neste estudo somente um (1,9%) que era vizinho de um idoso viúvo e sem filhos. Laham e Silva (2005) expõem que o cuidador informal é, em geral, algum familiar ou amigo, sendo a alternativa prevalente para 80% a 90% das situações, em que os idosos brasileiros apresentam capacidade de autocuidado comprometida.

A idade dos cuidadores variou entre 20 e 74 anos, com média 47,8±13,4 anos (Tabela 1). Situação semelhante foi encontrada na pesquisa realizada por Nardi (2007), que verificou idades variando entre 20 e 73 anos e com média de 50,5 anos, o que, segundo a autora, pode ser visto como fator preocupante no processo de cuidar, pois os cuidadores mais velhos podem apresentar limitações físicas e funcionais.

Pela Tabela 1, observa-se que 17 (32,8%) encontravam-se na faixa etária de 41 a 50 anos, sendo também bastante significativo o número de cuidadores acima

de 51 anos de idade, ou seja, pessoas em processo de envelhecimento que se encontram independentes, cuidando de idosos dependentes, com risco de comprometerem suas capacidades funcionais.

Em relação ao sexo, a maioria desses cuidadores (92,3%) é do sexo feminino (Tabela 1). A predominância das mulheres no cuidado corrobora com os estudos de Karsch (2003), Perlini e Faro (2005), Fonseca e Penna (2008), Souza *et al.* (2009), dentre outros que destacam o papel da mulher como cuidadora. Esse aspecto acaba evidenciando na sociedade cultural brasileira que apesar das mudanças sociais ocorridas, da maior participação da mulher no mercado de trabalho e das transformações dos papéis e valores da família, a mulher ainda é a principal responsável pelo cuidado, que pode ser compreendido como uma extensão das atividades domésticas. Rates (2006) afirma que o cuidado informal é praticado fundamentalmente à custa do tempo e do trabalho das mulheres, sendo elas de fundamental importância para manutenção do cuidado domiciliar.

As mulheres, que geralmente residem com o idoso e são desempregadas, assumem o cuidado por afinidade, por amor, por compromisso, como também por obrigação (LAHAM; SILVA, 2005).

Contudo, outro fato também constitui motivo de preocupação: a mulher, principal responsável pelo cuidado, está cada vez mais inserida no mercado de trabalho, o que pode influenciar no tempo disponível para o cuidar (NARDI, 2007). Outra situação que pode acontecer quando se trata do trabalho extradomiciliar refere-se ao comprometimento das atividades de lazer e vida social, uma vez que se assume o cuidado, além do trabalho.

A participação dos homens está mais relacionada à ajuda financeira e/ou transporte do idoso ao serviço de saúde. No entanto, observa-se que a figura do cuidador do sexo masculino está mais presente, o que pode ser explicado pelas alterações nas estruturas familiares e pelo desemprego. Tal fato deve ser salientado no sentido de que o homem pode desempenhar esse papel tão bem como a mulher, muitas vezes evidenciando talento para essa prática. Laham e Silva (2005) acrescentam nesta perspectiva que, em suas experiências, nas poucas vezes em que um filho, marido ou outros cuidadores homens assumem o cuidado, o empenho por parte destes é enorme, desfazendo-se o preconceito de que os homens são incapazes de cuidar tão bem quanto as mulheres.

Em relação à residência dos cuidadores, a maioria (75%) mora na mesma casa do idoso (Tabela 1). Dado também encontrado no estudo de Thober, Creutzberg e Viegas (2005), no qual em 91,7% dos casos o cuidador residia no mesmo local que o idoso e 75% dos idosos permaneciam em seu domicílio. Ainda, segundo autoras supracitadas, o idoso fragilizado e seu cuidador, que também na maioria das vezes é idoso, são muito apegados ao seu ambiente e a objetos pessoais, podendo seu distanciamento gerar depressão e outros problemas de saúde.

No tocante ao familiar que executa diretamente a tarefa de cuidar, 33 (63,5%) dos cuidadores entrevistados eram filhos, seguidos de 12 (23,1%) que eram cônjuges (Tabela 1).

No caso de os cuidadores serem representados principalmente por filhos, destaca-se o sentimento de retribuição destes, pois quando assumem o papel de cuidadores, os filhos, principalmente as mulheres, encontram a forma de retribuir a oportunidade de terem sido gerados e postos no mundo, uma vez que também já foram objetos de cuidado de seu idoso ou idosa (LAVINSKY; VIEIRA, 2004).

Contudo, esse sentimento de retribuição pode se confundir com o sentimento de obrigação, proveniente de valores impostos pela cultura familiar e que também se encontra quando o cônjuge assume este papel, o qual acaba sendo repassado para os filhos quando o cônjuge já é falecido ou não pode assumir este papel (FONSECA; PENNA, 2008).

Esses dados reforçam também a necessidade de uma atenção maior com os cuidadores familiares, pois as mudanças sociais e econômicas que estão transformando as estruturas familiares nas cidades brasileiras podem afetar a posição e o papel tradicional do cuidador, associadas ao fato de que a presença de uma pessoa incapacitada na família, segundo Brito e Rabinovich (2008), pode conduzir a mudanças estruturais, socioeconômicas e emocionais e atingir a todos os membros da família, os quais reagem utilizando estratégias de acolhimento e cuidados.

O idoso com AVC pode apresentar uma série de dificuldades motoras, sensitivas e cognitivas que podem comprometer a sua reintegração ao meio sociofamiliar, requerendo da família, além de tempo, condições socioculturais, econômicas e relacionais para um enfrentamento satisfatório (BRITO; RABINOVICH, 2008).

Quanto ao estado civil daqueles cuidadores que não eram cônjuges, ou seja, 40 cuidadores (76,9%), 19 (47,5%) eram solteiros e 16 (40,0%) eram casados (Tabela 1). Esses dois dados também precisam ser considerados, pois podem influenciar no cuidado dispensado. Segundo Nardi (2007), ser casado pode ser um fator positivo e facilitador, quando constitui em um apoio para as atividades desenvolvidas, e negativo, quando gera sobrecarga ao cuidador pelo acúmulo de papéis. Ser solteiro também é um fator preocupante, pois a tarefa de cuidar pode influenciar negativamente na vida pessoal do cuidador.

Portanto, neste estudo, ser cônjuge, do gênero feminino, viver junto ao idoso e ter uma relação conjugal ou de pais/filhos constitui o perfil dos que assumem o papel de cuidadores de pessoas idosas. Coelho (2004) explica isso ao afirmar que para a escolha do cuidador principal são feitos rearranjos no núcleo familiar, podendo ser uma escolha sutil ou diretiva. Por isso, sempre são consideradas a história de vida, mas também, a sensação de dever para com o familiar doente, a disponibilidade pessoal, as relações de afeto, a afinidade, a construção da relação familiar com o doente e, ainda, com maior ênfase, a questão de gênero.

Na Tabela 2, encontram-se os dados referentes às características sócioeconômicas.

Tabela 2: Distribuição do número de cuidadores de idosos acometidos por AVC isquêmico, segundo aspectos sócioeconômicos. Fortaleza-CE, 2010.

Características	Nº	%	
Escolaridade			
Fundamental	14	26,9	
Ensino Médio	24	46,2	
Superior	14	26,9	
Situação profissional			
Empregado*	13	25,0	
Desempregado	30	57,7	
Aposentado	9	17,3	
Renda familiar (SM)**			
Até 1	12	23,1	
2	16	30,8	média±DP
2-3	11	21,1	2,5±1,2SM
3-6,5	13	25,0	

n=52

*Profissões/ocupações citadas: porteiro, auxiliar e técnico de enfermagem, contador, técnico de informática, vendedor autônomo, dentre outras;

**Salário mínimo (SM)= R\$ 465,00.

Quanto à escolaridade, 14 (26,9%) possuíam o ensino fundamental, 24 (46,2%) o ensino médio e 14 (26,9%) o nível superior (Tabela 2). O conhecimento da

escolaridade do cuidador é muito importante, haja vista que são os cuidadores que recebem as orientações das equipes de saúde, que acompanham os idosos aos serviços de saúde e que realizam as atividades de cuidado, muitas complexas, exigindo certo grau de escolaridade por parte do cuidador.

Referente à situação profissional destes cuidadores, observa-se na Tabela 2 que a maioria (57,7%) estava desempregada, em virtude da dedicação exclusiva ao cuidado e aos afazeres domésticos ou por nunca terem tido trabalho remunerado. Ressalta-se que nove (17,3%) já eram aposentados. No estudo de Nardi (2007), a maioria dos cuidadores relatou ser do lar, não possuindo atividade remunerada fora do domicílio, dedicando o tempo integral ao cuidado do idoso dependente e às atividades domésticas, o que provavelmente impede ou dificulta a realização de atividades extradomiciliares.

Quanto à renda familiar, 12 (23,1%) ganhavam até um salário mínimo e 16 (30,8%) dois salários, com média $2,5 \pm 1,2$ salários mínimos, renda resultante de aposentadorias do idoso, bem como dos cuidadores, e da renda do cuidador ou de outros familiares que trabalhavam (Tabela 2). Esse fato dificulta a aquisição de alimentos, medicamentos, equipamentos, transporte, entre outros suprimentos necessários para a prestação de cuidados ao idoso, configurando, de acordo com Nardi (2007), um fator preocupante em relação à qualidade do cuidado dispensado, porque além dos gastos com as despesas rotineiras da família, sabe-se que a condição de dependência gera gastos que oneram ainda mais o sistema de cuidado.

Porém, é importante ressaltar que o fato de as famílias possuírem uma condição financeira considerável, não determina que esse cuidado seja realizado com qualidade, com segurança e apoio emocional, pois na relação do cuidado, é necessário que se considere não somente os aspectos técnicos e operacionais, mas também os subjetivos (COELHO, 2004).

Na tabela a seguir são apresentados os dados sobre o tempo de cuidador e o apoio recebido pelos cuidadores.

O tempo dedicado ao cuidado do idoso teve média $1,92 \pm 1,69$ anos, sendo a maioria (57,7%) cuidador entre 3 e 20 anos (Tabela 3). Isso remete mais uma vez às dificuldades enfrentadas pelo cuidador que dedica grande parte de sua vida ao cuidado do idoso, podendo estar comprometendo seu relacionamento familiar e social. Constata-se também que os cuidadores estão neste papel desde que o idoso adoeceu, evidenciando que o cuidado é assumido por uma única pessoa, e

difícilmente transferido para outros familiares, já que os familiares não cuidadores paulatinamente se afastam do ser que necessita de cuidado.

Tabela 3: Distribuição do número de cuidadores de idosos acometidos por AVC isquêmico, segundo tempo de cuidador e apoio recebido. Fortaleza-CE, 2010.

Variáveis	Nº	%	
Tempo de cuidador (ano)			
<1	8	15,4	média±DP
1-2	14	26,9	1,92±1,69anos
3-20	30	57,7	
Recebimento de apoio			
Sim	23	44,2	
Não	29	55,8	
Tipo de apoio recebido*			
Família/amigos	20	87,0	
Instituição/serviço de saúde	2	8,7	
Outros	1	4,3	

n=52

*Total de cuidadores que recebe algum tipo de apoio.

Diante da produção de enfermagem sobre as famílias cuidadoras e rede de apoio, os estudos de Mendes (1998) e Andrade (2001) com cuidadores familiares de idosos portadores de sequela de AVC destacam a ausência de suporte, tanto do sistema social quanto de saúde, e a necessidade de políticas sociais voltadas para a população idosa, enfocando, especialmente, o idoso dependente e seu cuidador.

Neste estudo, dos cuidadores entrevistados, a maioria (55,8%) não recebe nenhum tipo de apoio formal/informal. Dos que recebem 20 (87%) referiram a família e/ou amigos como fonte de apoio (Tabela 3). Conforme Gratão (2006), apoio social se caracteriza como a ajuda real ou percebida que o indivíduo recebe nos relacionamentos familiares ou em grupos, representando importante meio para prevenção de problemas emocionais, físicos e sociais relacionados ao cuidar, por isso aqueles cuidadores que não têm apoio formal ou informal tendem a desenvolver mais problemas físicos e psíquicos em comparação aos que recebem apoio.

Por meio dos dados do presente estudo, constata-se que a maioria dos cuidadores não recebe nenhum tipo de apoio e aqueles que recebem tem a família representada como a principal fonte de apoio.

Para as pessoas idosas, a família tem fundamental importância no que se refere ao cuidado, à solidariedade e à proteção, mas a ocorrência de uma doença como o AVC, que pode trazer sequelas graves para um membro da família, favorece

desorganização e falta de equilíbrio entre os membros da família (MARQUES; RODRIGUES; KUSUMOTA, 2006).

Houve menção da colaboração de pessoas amigas, principalmente, relacionadas à necessidade de transporte e apoio nas ocasiões de emergência. No estudo de Marques, Rodrigues e Kusumota (2006), em que se observaram as alterações no relacionamento familiar de idosos após o AVC, identificaram também referência a amigos como fonte de apoio, sendo relevante a colaboração deles em situações difíceis do cotidiano dessas famílias, constituindo amparo e segurança aos cuidadores.

O suporte familiar, o apoio social formal e informal, constituídos por serviços de saúde públicos ou privados, organizações e rede de amigos, desempenham papel importante, pois representam sistemas de apoio que facilitam o controle de situações problemáticas. Acrescenta-se a isso, segundo a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1999), que a sociedade precisa entender que o envelhecimento da população é uma questão que extrapola a esfera familiar e, portanto, a responsabilidade individual, devendo alcançar o âmbito público, neste compreendido o Estado, as organizações não-governamentais e os diferentes segmentos sociais.

Conforme proposta instituída pela Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1999), o apoio aos cuidadores informais, representado principalmente por familiares, dar-se-á por uma parceria interdisciplinar. A parceria entre os profissionais de saúde e os cuidadores, por exemplo, seria para possibilitar a sistematização das atividades de cuidado realizadas no domicílio por meio de orientações, informações e assessoria de especialistas para promoção da saúde do idoso dependente e de seu cuidador.

O Estado precisa assumir a função de garantir e assegurar uma renda justa, empregos e políticas de proteção social e de saúde, com o enfoque para a estruturação de uma rede de apoio que dê sustentação ao cuidar/cuidado familiar, pois o cuidado familiar é parte importante do processo de cuidar em saúde, estando a ele articulado.

Para a enfermagem propor medidas de intervenção efetivas em relação ao cuidado do idoso dependente e acometido por uma doença crônica, como o AVC isquêmico, faz-se necessário o conhecimento de todas as conjunturas que marcam o processo de envelhecimento da pessoa idosa e da sua família na sociedade brasileira, haja vista que há uma interação entre o sistema de cuidado de

enfermagem (formal) e o sistema de cuidado familiar (informal). Domingos (2003) acrescenta que todas essas relações e fatores que influenciam o cuidado ao idoso devem ser considerados, visto que as intervenções de enfermagem podem e devem constituir-se numa ferramenta acessível para a efetividade do cuidado familiar do idoso.

5.2 Caracterização e incapacidade funcional do idoso após o AVC isquêmico

O número de idosos acometidos por AVC isquêmico, alvo do cuidado dos participantes do estudo, foi também 52. Para caracterização dos idosos, as informações foram obtidas a partir das respostas dos cuidadores entrevistados. Realizou-se inicialmente a caracterização destes quanto aos aspectos sóciodemográficos (faixa etária, sexo, procedência e estado civil) e da doença (se primeira ocorrência do AVC, tempo do episódio do AVC e tempo de acompanhamento no ambulatório). Em seguida, descreveu-se o grau de incapacidade funcional dos mesmos.

Tabela 4: Distribuição do número de idosos acometidos por AVC isquêmico, segundo faixa etária, sexo, procedência e estado civil. Fortaleza-CE, 2010.

Características	Nº	%	
Faixa etária (ano)			
60-69	19	36,6	média±DP 73,7±0,8anos
70-79	18	34,6	
80-93	15	28,8	
Sexo			
Feminino	26	50,0	
Masculino	26	50,0	
Procedência			
Fortaleza	43	82,7	
Outra cidade do Ceará	8	15,4	
Outro estado	1	1,9	
Estado civil			
Solteiro (a)	3	5,8	
Casado (a)	30	57,7	
Divorciado (a)	2	3,8	
Viúvo (a)	17	32,7	

n=52

Na Tabela 4, encontram-se as informações sobre as características sóciodemográficas. Considerando-se que a idade mínima dos idosos envolvidos no estudo foi de 60 anos, a idade variou de 60 a 93 anos, com média 73,7±0,8 anos, com distribuição homogênea entre os dois sexos (Tabela 4). Sabe-se que a idade é

um fator de risco não passível de modificação e um dos determinantes mais fortes para a ocorrência do AVC, sendo que, apesar da ocorrência em qualquer idade, a sua prevalência e o seu impacto na saúde pública são motivos de preocupação, pois com o envelhecimento populacional tendem a aumentar (SACCO, 2007).

Quanto à procedência, 43 idosos (82,7%) eram de Fortaleza e oito (15,4%) das cidades vizinhas, os quais mesmo com dificuldades de ordem econômica e de capacidade funcional estavam presentes nas consultas (Tabela 4).

Em relação ao estado civil, destacou-se o estado de casado na maioria dos casos (57,7%) e o de viúvo em 17 casos (32,7%) (Tabela 4). O estado de casado favorece que o cuidado seja prestado por suas famílias, principalmente, cônjuges e filhos ou filhas. O estado de viuvez de mãe/pai idosos, conforme Domingos (2003), designa a recomposição e a reorganização das famílias, porque pode ocorrer um deslocamento espacial, quando mãe/pai vão morar com os filhos e suas famílias ou estes passam a viver com a mãe/pai, ou de papéis, dentro de uma trama de obrigações morais para viabilizar o cuidado ao idoso.

Tabela 5: Distribuição do número de idosos acometidos por AVC isquêmico, segundo episódios e tempo de ocorrência do AVC e tempo de acompanhamento no ambulatório. Fortaleza-CE, 2009.

Variáveis	Nº	%	
Primeiro episódio de AVC			
Sim	36	69,2	
Não	16	30,8	
Tempo de ocorrência do AVC (ano)			
< 1	15	28,8	
1-2	11	21,2	média±DP
3-6	13	25,0	1,77±2,2anos
7-30	13	25,0	
Tempo de acompanhamento no ambulatório (ano)			
Até 1	29	55,8	média±DP
2	9	17,3	0,82±1,1anos
2-10	14	26,9	

n=52

Constata-se através da Tabela 5 que 35 (69,2%) dos idosos foram acometidos por apenas um episódio de AVC e 26 (50,0%) com 3 a 30 anos de tempo de ocorrência do episódio, com tempo médio de 1,77±2,2 anos, sendo que a maioria (55,8%) fazia acompanhamento no ambulatório há um ano, e 14 (26,9%) de 2 a 10 anos.

Vale destacar que pacientes que sofrem acidentes vasculares cerebrais continuam a ter um risco de morte três a cinco vezes maiores em comparação à população geral da mesma idade. O risco de recorrência nos primeiros 30 dias é maior, com uma frequência variando de 3 a 10%; em um período mais longo, a frequência de recorrência varia de 4 a 14% por ano (SACCO, 2007). Daí a importância do acompanhamento desde o início para uma melhor reabilitação do idoso e prevenção de complicações e recorrências.

Para a descrição da capacidade funcional do idoso após o AVC, foi realizada a classificação do grau de incapacidade, conforme a Escala de Rankin Modificado. Contatou-se que entre os idosos, 19 (36,5%) apresentavam-se sem incapacidade, 17 (32,7%) com incapacidade entre leve e moderada e 16 (30,8%) com incapacidade grave.

Para complementar esses dados, foi investigada a capacidade de realização das atividades de vida diária, objetivando a medição do grau de dependência, por meio da aplicação da Escala Barthel, utilizando as informações fornecidas pelos cuidadores. Pela Escala de Barthel, sete (13,5%) apresentavam-se como dependentes muito graves, sete (13,5%) como dependentes graves, nove (17,3%) como dependentes moderados, 17 (32,7%) como dependentes leves e 12 (23,1%) como independentes.

Pode-se declarar a predominância da condição de incapacidade leve a moderada e dependência leve entre os idosos, o que exige dos cuidadores ajuda e apoio para realização das atividades de vida diária.

A idade do idoso se correlacionou com a Escala de Barthel de maneira inversamente proporcional ($r=-0,31$; $p=0,02$), significando que houve uma diminuição dos pontos da escala em detrimento do aumento da idade, isto é, menor a dependência. Ao contrário, a Escala de Rankin se correlacionou de maneira diretamente proporcional ($r=+0,28$; $p=0,04$), ou seja, quanto maior a idade do idoso maior a sua incapacidade.

Na Tabela 6, encontra-se a distribuição dos idosos, cruzando-se as informações da escala de Barthel e de Rankin. Observa-se que dos idosos que apresentam dependência leve, nove (52,9%) tem incapacidade leve; dos que são independentes, 11 (91,7%) são sem incapacidade; dos que são dependentes moderados, cinco (55,6%) apresentam incapacidade grave, o que mostra a relação direta entre a dependência e a incapacidade funcional ($p<5\%$).

Tabela 6: Distribuição do número de idosos conforme a dependência (Escala de Barthel) e incapacidade funcional (Escala de Rankin). Fortaleza-CE, 2010.

Incapacidade Funcional	Dependência										Valor de p
	Dep muito grave		Dep grave		Dep moderado		Dep leve		Independente		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Nenhuma	-	-	-	-	-	-	8	47,1	11	91,7	<0,0001
Leve/moderada	1	14,3	2	28,6	4	44,4	9	52,9	1	8,3	
Grave	6	85,7	5	71,4	5	55,6	-	-	-	-	

n=52

O termo incapacidade está relacionado à inabilidade em realizar uma atividade de maneira adequada, o que determinará a dependência para realização das atividades de vida diária, isto é, a incapacidade de realizar independentemente essas atividades. A avaliação das atividades de vida diária explora, conforme Eliopoulos (2005), as habilidades do paciente para satisfazer as necessidades básicas, como comer, fazer a higiene, vestir-se, entre outras.

Conforme o idoso enfrenta suas dificuldades e limitações reais, pode precisar de mais ou menos auxílio e o cuidado oferecido terá características diferentes, variando em tipo e intensidade. Mas, o cuidador não pode desprezar o estímulo ao idoso para utilização de todas as funções preservadas, o que o manterá mais ativo e evitará declínio ainda maior da sua capacidade funcional (ABREU; PIRES, 2009).

Tal como citado por Abreu e Pires (2009), os cuidados quanto ao tipo podem ser classificados em: físicos, quando o cuidador utiliza seus movimentos e força para auxiliar o idoso a executar uma tarefa; cognitivos, quando o cuidador precisa orientar e auxiliar o idoso na tomada de decisões; e sociais e emocionais, quando o cuidador além de auxiliar o idoso nas atividades de autocuidado também oferece cuidado nos aspectos sociais e emocionais. Quanto à intensidade, os cuidados podem ser: sem auxílio, quando o idoso realiza a atividade por iniciativa própria e independente; supervisão, quando o idoso precisa de alguém próximo para preparar o ambiente ou certificar-se do seu desempenho; auxílio parcial, quando o idoso precisa de auxílio para executar uma tarefa, mas executa a maior parte; e auxílio total, quando o cuidador executa toda ou parte da tarefa pelo idoso.

A maioria das doenças crônicas dos idosos tem como principal fator de risco a idade, mas esta longevidade não impede que o idoso possa conduzir sua própria vida de forma autônoma e tomar suas próprias decisões. Diante disso, ao refletir

sobre a elaboração de uma nova política de cuidado para essa parcela da população, baseada na qualidade de vida, assume grande importância o conceito de capacidade funcional, isto é, a capacidade de manutenção das habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma (VERAS, 2009).

A promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional do idoso pelo maior tempo possível constituem foco central da Política Nacional do Idoso. Isso significa valorização da autonomia ou autodeterminação e a preservação da independência física e mental da pessoa idosa, através de ações preventivas, assistenciais e de reabilitação, com um enfoque que transcende o simples diagnóstico e tratamento de doenças específicas (BRASIL, 1999).

Segundo Pavarini e Neri (2000), a ocorrência de dependência grave associada a um elevado grau de incapacidade funcional não é um fato universal na velhice e não atinge de modo uniforme todos os domínios do funcionamento do idoso, porém problemas relacionados à capacidade funcional representam sérios riscos à independência do idoso e causam sobrecarga aos cuidadores porque implicam, por exemplo, no declínio físico, na perda da força muscular e na diminuição da flexibilidade e da coordenação de movimentos.

Logo, resulta em mais um fator que aumenta a importância de estratégias de cuidado que visem manter, melhorar ou recuperar a capacidade funcional do idoso, o que irá repercutir na qualidade de vida do idoso e de seu cuidador.

5.3 Sobrecargas do cuidador

O cuidador familiar quando se depara com as mudanças no estado de saúde do idoso sob seus cuidados, causadas pelo AVC isquêmico, sente-se impotente e sem mecanismos para combater as consequências que comprometem a capacidade funcional desse idoso, com quem conviveu durante muito tempo. Surgem, dessa forma, sentimentos diversos, que vão desde o afeto até a raiva, e situações de crise que resultam em sobrecarga deste cuidador, atingindo as dimensões física, social e emocional da sua vida.

Como este processo envolve uma série de elementos e de fatores determinantes, precisa-se realizar uma análise cautelosa e criteriosa do fenômeno, considerando-se todos estes aspectos.

Então, nesta parte, para atingir o objetivo proposto, procedeu-se ao levantamento da sobrecarga emocional, social e física dos cuidadores informais que participaram do estudo a partir da aplicação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI).

A seguir serão apresentados por meio de tabelas e discussões os resultados encontrados que revelam a prevalência de sobrecargas dos cuidadores informais do estudo, bem como os vários fatores relacionados. Entretanto, para compreensão dos diferentes aspectos envolvidos, faz-se necessária uma explanação sobre os itens que compõem o instrumento e determinam o grau de sobrecarga.

Conforme Martins, Ribeiro e Garrett (2003), o QASCI é um instrumento que pretende avaliar a sobrecarga física, emocional e social do cuidador informal de doentes com seqüela de AVC. Possui 32 questões e no seu processo de construção foi importante incluir questões que pudessem avaliar estes componentes. Porém, no processo de validação, através da análise fatorial, a solução estatística apresentada não ocorreu com estes três componentes, mas sim com a solução de sete fatores: sobrecarga emocional, implicações na vida pessoal, sobrecarga financeira, reações às exigências, mecanismos de eficácia e controle, suporte familiar e satisfação com o papel e com o familiar.

Os autores acima citados verificaram no estudo de validação do QASCI que existe correlação satisfatória de cada componente com a escala total, principalmente os componentes *implicações na vida pessoal*, *sobrecarga emocional* e *reações às exigências*. As correlações entre os componentes são geralmente baixas, o que significa que cada componente possui a sua importância e pertence ao todo que é o QASCI.

Além disso, não se pode realizar uma correspondência direta de cada componente com sobrecarga física, emocional e social. Há um componente que dá a indicação da sobrecarga emocional e um outro da sobrecarga financeira, estando os outros um pouco diluído nos demais componentes. Por exemplo, o componente *implicações na vida pessoal* agrega a maioria dos itens que avaliam a sobrecarga física e social.

Nesta pesquisa, portanto, para levantamento da prevalência da sobrecarga do cuidador e para atendimento do objetivo proposto, será descrita a sobrecarga de cada componente, classificando-a em leve, moderada, grave e gravíssima. Em seguida, será analisada globalmente a sobrecarga.

Tabela 7: Classificação por componentes de avaliação do grau de sobrecargas dos cuidadores. Fortaleza-CE, 2010.

Componentes	Grau de sobrecarga							
	Leve		Moderada		Grave		Gravíssima	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sobrecarga emocional	32	61,5	10	19,2	9	17,3	1	2,0
Implicações na vida pessoal	31	59,6	8	15,4	10	19,2	3	5,8
Sobrecarga financeira	33	63,5	9	17,3	3	5,7	7	13,5
Reações às exigências	38	73,1	11	21,1	3	5,8	-	-
Mecanismos de eficácia e controle	32	61,5	14	27,0	5	9,6	1	1,9
Suporte familiar	25	48,1	8	15,4	8	15,4	11	21,1
Satisfação com o papel e com o familiar	44	84,6	6	11,6	2	3,8	-	-
Sobrecarga Geral	31	59,6	17	32,7	4	7,7	-	-

n=52

Verifica-se pela tabela anterior que em todos os componentes a sobrecarga predominante foi do tipo leve e variou de 48,1% (*suporte familiar*) a 84,6% (*satisfação com o papel e com o familiar*) e que os componentes *reações às exigências* e *satisfação com o papel e com o familiar* não apresentaram o grau gravíssimo de sobrecarga. A sobrecarga geral do estudo foi de leve a moderada em 92,3% dos casos (Tabela 7).

No componente correspondente à *sobrecarga emocional* foi predominante o grau leve (61,5%) (Tabela 7). Este componente envolveu questões que abordaram sentimentos relacionados à percepção do cuidador acerca da situação vivenciada e das dificuldades que poderiam propiciar sentimentos e emoções de peso emocional, mas as respostas em sua maioria foram *não/nunca*. Um exemplo é a questão que aborda sobre a fuga do cuidador à situação em que se encontra, em que a grande maioria (73,1%) respondeu *não/nunca*. Essa situação pode representar que apenas o fazer não significa o cotidiano do cuidador e que existem outras questões subjetivas envolvidas.

Além disso, o cuidador pode se adaptar à sua realidade e não perceber as consequências negativas que podem surgir, sendo que as dificuldades podem ser outras e não o cuidado em si. Perlini e Faro (2005) colocam que superado o primeiro momento do acometimento do idoso pelo AVC, muitas das dificuldades para realizar tarefas se tornam insignificantes diante, por exemplo, da falta de dinheiro para comprar alimentos ou medicamentos, dificuldade realmente reconhecida por eles.

A sobrecarga emocional nem sempre é expressa espontaneamente pelos cuidadores, principalmente cônjuges, em parte pelos sentimentos de culpa, mas também devido à atenção que está voltada para a pessoa cuidada (BOCCHI, 2004). Constata-se também que a relação afetiva que existe entre o cuidador e o idoso estimula o cuidador, mesmo com todas as dificuldades enfrentadas, a não querer fugir da situação, sendo movido pelos mesmos sentimentos que o levou a assumir o cuidado.

O ato de cuidar significa vivenciar um misto de sentimentos, que são geralmente ambivalentes. De acordo com Lavinsky e Vieira (2004), essa diversidade de sentimentos se deve ao envolvimento afetivo, proporcionado pelos laços familiares dos cuidadores com os idosos. Os sentimentos são os mais diversos, como amor, retribuição, medo, bem-estar, gratificação, pena, impotência, dentre outros.

Isso significa que, embora sofram um desgaste emocional, a complexidade das tarefas e a ambivalência de sentimentos incentivam o cuidador envolvido, muitas vezes, a esquecer de si próprio e a não valorizar os sentimentos negativos e positivos e os conflitos psicológicos comuns ao longo do processo de cuidar.

A sobrecarga física do cuidador pode ser relacionada às tarefas exigidas pelas necessidades dos idosos incapacitados, que pode comprometer a sua qualidade de vida. Na Tabela 7, verifica-se que no componente *implicações na vida pessoal* a maioria (59,6%) apresentou sobrecarga leve. Esse componente abordou questões que tratavam da saúde do cuidador, da demanda de esforços físicos, do seu tempo para cuidar de si e da sua vida social. Uma das primeiras questões tratava da saúde do cuidador, mas a maioria (57,7%) referiu não ter piora da saúde por estarem cuidando do idoso. Em relação ao tempo dedicado ao cuidado, 15 (28,8%) afirmaram que *quase sempre* o tempo que dedicam ao idoso é muito, não havendo tempo para o autocuidado.

Esses dados são interessantes, já que cuidar de um idoso, muitas das vezes sem apoio, é uma tarefa difícil que requer além de tempo, força física, o que pode comprometer a saúde do cuidador, principalmente em uma situação como a do estudo onde, cuja maioria dos cuidadores possui idades entre 41 e 74 anos. No estudo de Souza *et al.* (2009), das oito cuidadoras entrevistadas, cinco (62,5%) referiram lombalgia e dor nos membros inferiores, duas (25%) crises de ansiedade e

uma (12,5%) desenvolvimento de hipertensão arterial, ou seja, relataram desgaste físico, depressão e agravamento de doenças crônicas.

O cuidador se vê sobrecarregado fisicamente, o que torna sua saúde susceptível, pelo grande tempo que dedica à pessoa cuidada e pelo acúmulo de tarefas domésticas, no caso de cuidadoras, o que ocasiona situações estressantes (RATES, 2007).

A autora acima observou em estudo sobre o cuidado de saúde ao idoso no domicílio e as implicações para as cuidadoras, que a atividade do cuidado no domicílio potencializa as causas dos desgastes que sofrem as cuidadoras, tendo uma relação direta com a saúde das mesmas, podendo ser minimizadas com o auxílio de cuidadores secundários, os quais permitiriam que a cuidadora principal fosse às consultas médicas ou realizasse atividades agradáveis ou necessárias para o seu bem-estar.

Os dados reforçam também a necessidade de políticas públicas direcionadas ao cuidadores familiares, pois são pacientes em potencial, em função de sua idade e da natureza da própria atividade de cuidar que é causadora de desgaste físico e emocional.

Ainda, neste componente, quando os cuidadores foram indagados a respeito de considerarem o cuidado uma sobrecarga, 40 (76,9%) responderam *não/nunca*. Isso também se explica pela ambiguidade de sentimentos vivenciados e pela ligação afetiva entre idoso e cuidador. Verifica-se situação semelhante nas respostas dos cuidadores à questão sobre o cuidar do idoso como obrigação, em que apenas 10 (19,2%) responderam que *quase sempre*.

Cuidar de um familiar que se encontra em uma situação de dependência é considerado pelos cuidadores uma missão que envolve sentimentos de gratidão e de comprometimento entre gerações. Conforme Mendonça, Garanhani e Martins (2008), os cuidadores também se sentem na obrigação de cuidar devido ao vínculo que mantêm ou mantiveram com a pessoa cuidada para cumprir regras que vão muitas vezes contra a vontade do cuidador.

Comprova-se, portanto, que o dever se refere às ações impostas por normas sociais, que estão inseridas em um conjunto de crenças e valores que são compartilhados na família, principal local de transmissão e manutenção de normas.

As questões relacionadas às mudanças no convívio social também foram consideradas nas implicações na vida pessoal do cuidador. No estudo, verificou-se

que apesar de que a grande maioria (90,4%) referiu não evitar convidar amigos para sua casa, 15 (28,8%) afirmaram prejuízo à vida social.

Tornar-se cuidador familiar é uma tarefa que traz muitas mudanças na vida da pessoa que assume esse papel, sendo uma dessas o isolamento social. Bocchi (2004), ao realizar um estudo bibliográfico sobre a sobrecarga de cuidadores familiares de pessoas com AVC, identificou como fatores limitantes da vida social do cuidador: a sobrecarga de atividades, a perda do companheiro em atividades sociais, os distúrbios comportamentais do portador de AVC, as mudanças nos relacionamentos familiares e no círculo de amizades, a relutância por suporte e o isolamento pela nova vizinhança quando mudam de residência.

O tempo de lazer contribui positivamente para uma qualidade de vida e é sacrificado pelos cuidadores comprometidos com o cuidado (RATES, 2007). Os cuidadores se privam de viver sua própria vida para viver a vida da pessoa cuidada, além do que muitos deles já se encontram em idade avançada, deixando de realizar pequenas coisas que ainda gostavam de fazer. No entanto, mais uma vez a percepção do cuidador de estar se sacrificando através do cuidado gera sentimentos de cumprimento da obrigação e torna o cuidado gratificante, o que justifica a relevância destas questões para o predomínio de sobrecarga leve neste componente.

No componente *sobrecarga financeira*, os cuidadores apresentaram sobrecarga leve em 33 (63,5%) dos casos (Tabela 7). As dificuldades econômicas são decorrentes muitas vezes das dificuldades de se cuidar de um idoso dependente e de se manter atividades remuneradas.

Essa impossibilidade ou perda do trabalho remunerado tem importantes repercussões para a vida dos cuidadores, principalmente das mulheres. Há uma perda econômica para a cuidadora e para a unidade familiar em seu conjunto, sendo pior para as cuidadoras de classe social menos privilegiada. As consequências são em longo prazo, como a falta de acesso ao seguro desemprego, aposentadoria e pensões. Por conta disso, aumentam-se as possibilidades das cuidadoras se encontrarem em situação de pobreza e exclusão social (RATES, 2007).

A situação é agravada pelos altos custos do cuidado domiciliar de idoso acometido por AVC e com incapacidade funcional, gastos estes que estão relacionados à alimentação, aos medicamentos e à aquisição de equipamentos.

Então, entende-se que esta situação é acentuada pelo baixo poder aquisitivo das famílias, cujas dificuldades decorrentes da doença somam-se às financeiras.

Marcon (2006) reforça que o problema financeiro é uma das principais preocupações para os familiares de pessoas com seqüela de AVC, por não terem condições financeiras para efetuar as mudanças no domicílio necessárias para diminuir a sobrecarga.

No componente que corresponde a *reações às exigências*, a sobrecarga foi leve em 38 (73,1%) dos casos, seguida de sobrecarga moderada em 11 (21,1%) e sobrecarga grave em três (5,8%) (Tabela 7). Nesse componente, abordaram-se questões sobre mudanças do comportamento do idoso que pudessem estar causando algum peso emocional. Quando questionados se já se sentiram ofendidos e aborrecidos, 23 (44,2%) cuidadores disseram *às vezes* e se já se sentiram constrangidos, 44 (84,6%) disseram *não/nunca*.

Alterações no comportamento dos idosos acometidos por AVC são manifestadas no cotidiano do cuidado, tais como alterações de percepção e memória, confusão mental, ansiedade, agitação, entre outras. Essas alterações cognitivas e comportamentais podem dificultar a execução do cuidado que podem ocasionar o desgaste do cuidador e ter como resposta direta a carga emocional.

Após o AVC é esperado que a pessoa apresente mudança do estado do humor e labilidade emocional, sendo, portanto, situações difíceis de lidar. Essas situações podem trazer sentimentos de ansiedade e nervosismo por parte do cuidador, em decorrência da impossibilidade de realizar algumas tarefas. Mas, o cuidador também pode investir no amor, carinho e atenção como formas de ajudar a superação das dificuldades emocionais e de fortalecimento da paciência importante durante todo o processo de cuidar (LAVINSKY; VIEIRA, 2006).

Conforme Bocchi (2004), as alterações do comportamento do idoso, após o AVC, tais como a apatia, indiferença, falta de motivação, irritabilidade e a própria dependência, além de causarem sobrecarga de ordem emocional, podem também limitar a vida social do cuidador.

Além disso, essas alterações comportamentais são intermitentes e algumas na sua fase inicial pouco se diferenciam de comportamentos intencionais de descuido, desatenção e teimosia, confundindo o cuidador, o que pode aumentar o estresse e o grau de irritabilidade e de tensão (SANTOS; RIFIOTIS, 2006).

Outra situação comumente refere-se às queixas dos cuidadores em relação ao comportamento agressivo do idoso, que pode ser compreendido como a não aceitação da relação de dependência, principalmente se a relação for de cônjuges, quando o marido passa a depender da sua esposa e esta assume a total responsabilidade por ele (THOBER; CREUTZBERG; VIEGAS, 2005).

Também pode contribuir para o desgaste do papel do cuidador a percepção do cuidador e/ou família destas alterações comportamentais do idoso, após o AVC, como anormalidade. Quando o cuidador percebe o idoso como “anormal” e de difícil convivência, segundo Silva (2007), aumenta-se o nível de ansiedade e a adoção de formas ineficazes de enfrentamento de dificuldades.

Rates (2007) acrescenta que por conta dessas situações, os cuidadores informais necessitam ser orientados sobre as alterações próprias do envelhecimento e das doenças, como o AVC, bem como as condutas que devem ser adotadas.

No componente *mecanismos de eficácia e controle*, encontrou-se a sobrecarga leve em 32 casos (61,5%) (Tabela 7). Apesar das dificuldades referentes ao tempo disponível para atender a demanda de cuidados e, na maioria das vezes, as demandas dos afazeres domésticos e de outros papéis que não o de cuidador, da falta de experiência e conhecimentos específicos, a maioria dos cuidadores entrevistados responderam positivamente às questões deste componente.

No presente estudo, 35 (67,3%) dos cuidadores responderam que *sempre* e 10 (19,2%) *às vezes*, quando indagados se conseguiam fazer a maioria das coisas que necessitavam, 43 (82,7%) afirmaram que *sempre* em relação ao fato de sentirem capacidade para continuarem cuidando e 11 (21,2%) *não/nunca*, quando perguntado se consideravam possuir conhecimentos e experiência para cuidar.

Quando o cuidador familiar passa a cuidar do idoso acometido por AVC, depara-se com uma situação desconhecida. Como assume este cuidado, o cuidador passa a responder por toda a responsabilidade inerente, o que acarreta situações sobre as quais geralmente não se tem domínio e sentimentos de insegurança, incerteza e dúvida, bem como de perigo ao cuidar do idoso dependente.

Chagas e Monteiro (2004) notificaram em estudo sobre a identificação do conhecimento dos familiares de pacientes acometidos por AVC, que o conhecimento dos cuidadores era superficial, sendo este adquirido somente a partir das

experiências próprias enquanto acompanhantes e/ou cuidadores, o que implica a ineficácia do trabalho de educação em saúde.

Os cuidadores ao assumirem o papel de cuidadores se envolvem com a execução de tarefas complexas para as quais não foram preparados. Muitos dos conhecimentos que possuem sobre a doença e seus cuidados são adquiridos somente a partir das experiências próprias enquanto cuidadores. Por conta disso, há a necessidade do preparo técnico do cuidador familiar para que possa prestar cuidados de qualidade ao idoso da forma mais eficiente e segura possível, evitando quedas, mau-jeito no movimentar e falta de destreza manual para a realização das tarefas (LAVINSKY; VIEIRA, 2004).

Outro aspecto a ser considerado, além da falta de preparo técnico, é o desconhecimento dos cuidadores sobre o AVC, a evolução do quadro clínico e suas possíveis complicações. Perlini e Faro (2005) destacam que se o cuidador tivesse conhecimento sobre a patologia e a forma mais adequada de executar o cuidado para atender às necessidades de cuidado da pessoa doente, poderia se sentir mais seguro e confiante no desempenho de seu papel.

Além disso, as autoras também destacam a importância da qualidade dessas orientações. Se o cuidador recebe orientações/informações insuficientes para possibilitar-lhe uma ação segura, pode se sentir mais temeroso e inseguro. Isso é muito comum quando se trata de orientações incompletas que se limitam a alertar ao invés de que ser indicativo de ação.

Outra questão a ser destacada é que a família precisa ser inserida no contexto terapêutico, o qual começa ainda no ambiente hospitalar para desenvolver no cuidador competências para o cuidado e o manejo adequado, diminuindo as dúvidas do cuidador a respeito do AVC e do seu prognóstico e a insegurança vivenciada na chegada do paciente ao domicílio (BRITO; RABINOVICH, 2008).

O aspecto de se sentirem capazes para continuarem cuidando pode ser explicado pelo fato de que por detrás do conhecimento e da capacidade do cuidador informal e da condição clínica do idoso, evidenciam-se relações de poder e saber. De acordo com Perlini e Faro (2005), o cuidador familiar, principal responsável pelo paciente, recebe do médico, que tem o conhecimento sobre a doença e seu tratamento, as orientações sobre as condições e as condutas necessárias para cuidar. Esse poder pode lhe transmitir a sensação de que possui conhecimentos

suficientes sobre as condições do idoso e o cuidado adequado, estimulando-o a se sentir capaz para cuidar pelo tempo necessário.

As demandas do cuidado atravessam os limites do esforço físico, psicológico, social e econômico. Quando a avaliação individual não consegue encontrar alternativas viáveis, ou quando as habilidades são insuficientes para o manejo da situação, há uma forte tendência para conflitos individuais que podem comprometer o cuidado. Desse modo, torna-se de fundamental importância a capacitação dos cuidadores para que possam adquirir habilidades de manejo, prevenção e controle das situações de conflito para se evitar a sobrecarga física, emocional e social e a queda da qualidade do cuidado prestado.

Já em relação ao componente *suporte familiar*, observa-se que em 25 casos (48,1%) a sobrecarga foi do tipo leve, e 11 (21,1%) apresentaram sobrecarga gravíssima.

O suporte informal provido pela família parece ser a base principal de apoio potencialmente oferecido ao idoso e cuidador, uma vez que ela faz parte do contexto em que o cuidador está inserido, assim a falta ou o limitado apoio dos familiares pode acarretar em sobrecarga para o cuidador familiar responsável pelos cuidados.

Na família ainda se encontram valores de ajuda e apoio entre os membros. Esse sistema de apoio entre os membros é o que Domingos (2003) denominou de solidariedade familiar, que é uma expressão natural do cuidar e uma função básica do sistema familiar. No entanto, assim como também destaca a autora, no contexto familiar se confrontam os planos individuais de alguns membros com o projeto coletivo da família calcado na solidariedade.

Além do individualismo de alguns membros, o comprometimento de saúde de algum membro da família, que antes era independente e autônomo e passa a apresentar dependência associada à incapacidade funcional, compromete toda a dinâmica familiar devido à necessidade de redimensionamento de papéis, divisão de tarefas, disputas familiares por reconhecimento de trabalho, falta de rede de apoio formal, entre outros, consistindo em uma série de problemas que se manifestam, por exemplo, através da reorganização frente à sobrecarga, com a migração da função de cuidador principal em direção a determinados membros da família extensa, como genros e, principalmente, as noras, ou absentismo de outros membros da família.

Apesar de se reconhecer a importância do apoio da família, constata-se que o membro que cuida sozinho se sobrecarrega com as atividades de vida diária,

principalmente se o idoso for dependente, não sendo suficiente o apoio e a presença de outros membros.

Outro aspecto identificado por Silva (2007) é que quando o cuidador principal não possui auxílio para o cuidado ao idoso, por não encontrar outros familiares que o ajudem ou pelo fato de acreditar que só ele é capaz de desempenhar esse papel, ele se sente sem liberdade, o que contribui para acentuar ainda mais a sobrecarga, caracterizando-se como uma forma não saudável de enfrentamento da situação.

Diante desses fatores e dos conflitos no meio familiar, o cuidador familiar pode comprovar que seu trabalho não é reconhecido pelos demais familiares e não se sentir apoiado. Nesta investigação, 10 (19,2%) dos cuidadores responderam *não/nunca* e oito (15,4%) às vezes a família reconhece o trabalho e 30 (57,7%) disseram que *sempre* se sentem apoiados pela família.

O suporte familiar desempenha um papel muito importante no contexto do cuidado a um idoso dependente, pois se configura em um fator facilitador no controle de situações problemáticas que podem surgir no cotidiano do cuidar e sobrecarregar o cuidador, comprometendo o cuidado ao idoso, principalmente na realidade da maioria das famílias brasileiras que não conta com uma rede de apoio formal efetivo e nas situações em que o idoso não apresenta um quadro promissor de recuperação da autonomia.

Além disso, deve-se destacar que o esforço e o potencial de cada cuidador e sua família devem ser reconhecidos e valorizados pelo enfermeiro, que deve utilizar os aspectos positivos para auxiliar essas famílias a se reorganizarem a partir de suas próprias demandas e desafios, fortalecendo e capacitando, assim, o cuidador e a família, para que possam atender às necessidades de cuidado do idoso com o menor grau de sobrecarga e desajustes (MARQUES; RODRIGUES; KUSUMOTA, 2006).

No componente *satisfação com o papel e com o familiar*, o grau de sobrecarga predominante foi o leve em 44 dos casos (84,6%), o que mostra que estes cuidadores apresentam algum sentimento de satisfação e bem-estar em relação ao cuidado e ao idoso.

Nota-se que, apesar dos problemas e da carga de trabalho, os cuidadores manifestam sentimentos positivos em relação ao cuidar, como amor, respeito, retribuição e satisfação. Esses sentimentos ficam mais evidentes quando o cuidador

se envolve de maneira produtiva nas tarefas de cuidado e consegue bons resultados, configurando um compensador de todos os conflitos estressantes vivenciados.

O cuidar confere o sentimento de satisfação quando o cuidador percebe que as suas ações estão contribuindo para a recuperação do idoso, comprovando que suas atividades indispensáveis para o mesmo (LAVINSKY; VIIEIRA, 2004).

Outro aspecto evidenciado foi o sentimento de “sentir melhor” como pessoa por estar cuidando. Quando questionados se cuidar do idoso aumentava a auto-estima e os estimulavam a se sentirem mais especiais, 45 (86,5%) responderam *sempre*. Por meio dessa resposta, observa-se que ser cuidador não é apenas uma situação imposta, mas também um exercício do eu como pessoa que pode ser prazeroso e gratificante, principalmente quando existem laços afetivos entre cuidador e pessoa cuidada.

Silva (2007) destaca que quando o cuidador de um idoso dependente tem clareza dos fatores que influenciam a velhice, quando tem diversas formas de apoio na prestação do cuidado e quando a cultura que permeia os seus valores e suas crenças valoriza a velhice, o convívio com o idoso dependente passa a ser mais prazeroso e com uma perspectiva mais positiva, apesar de todas as dificuldades, o que pode contribuir para minimizar a carga do cuidado.

Mais uma vez, constata-se a ambiguidade de sentimentos que o cuidador vivencia, o que é reforçado pelos laços de afetividade. Essa situação pode resultar na acomodação e aceitação do papel de cuidador, à medida que este procura superar os problemas, apesar da sobrecarga que esse papel pode proporcionar a sua vida.

Na tabela a seguir, encontram-se as médias dos sete componentes de sobrecarga.

Tabela 8: Média e desvio padrão das sobrecargas apresentadas pelos cuidadores de idosos acometidos por AVC isquêmico. Fortaleza (CE), 2010.

Sobrecargas	Média	DP
Sobrecarga emocional	25,00	25,09
Implicações na vida pessoal	28,63	26,77
Sobrecarga financeira	27,64	34,32
Reações às exigências	17,79	17,30
Mecanismos de eficácia e controle	18,42	19,33
Suporte familiar	28,84	35,83
Satisfação com o papel e com o familiar	9,80	16,02

n= 52

Os componentes de maior peso foram *suporte familiar* (28,84±35,83) e *implicações na vida pessoal* (28,63±26,77) e o de menor peso foi *satisfação com o papel e com o familiar* (9,80±16,02) (Tabela 8).

Martins, Ribeiro e Garrett (2003), em estudo de validação do QASCI, perceberam que os componentes com maior evidência são *implicações na vida pessoal, reações às exigências, sobrecarga emocional e mecanismos de eficácia e controle* porque envolvem questões que estimulam o cuidador a apresentar maior sobrecarga física, emocional e social.

Os componentes *suporte familiar* e *sobrecarga financeira* apresentam correlações moderadas com o instrumento global, devido ao pequeno número de questões que o integram (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003). No entanto, na população em estudo estes dois componentes apresentaram evidência significativa, justificada pela forte relação da falta de apoio familiar, principal e muitas vezes única fonte de apoio social, e da falta de condições financeiras para atender às necessidades do idoso, para a sobrecarga do cuidador.

5.4 Associações das sobrecargas do cuidador

Nesta parte do trabalho, para atender ao objetivo proposto, verificou-se a associação das sobrecargas do cuidador com suas características e com as características e capacidade funcional do idoso sob seus cuidados.

Para melhor entendimento e melhor apresentação dos dados, cada tipo de sobrecarga, que corresponde aos componentes *sobrecarga emocional, implicações na vida pessoal, sobrecarga financeira, reações às exigências, mecanismos de eficácia e controle, suporte familiar e satisfação com o papel e com o familiar*, foi discutida separadamente, como apresentado a seguir.

5.4.1 Sobrecarga emocional

Cuidar de um idoso é, antes de tudo, relacionar-se com ele, sendo que neste processo a história de vida de ambos, a qualidade desta relação e os sentimentos envolvidos influenciarão o cotidiano do cuidador.

O ato de cuidar é influenciado pelo contexto cultural, pelas crenças, prioridades, valores e concepções sobre velhice e cuidado do cuidador, bem como seu relacionamento passado e atual com o idoso (GONZAGA *et al*, 2009).

Por conta disso, dependendo das necessidades do idoso e dos cuidados desempenhados, que costumam ser em maior número quanto mais grave for o grau de incapacidade funcional do idoso, o cuidador pode sobrecarregar-se não somente fisicamente, mas, sobretudo, emocionalmente.

Essa sobrecarga emocional pode surgir devido ao sentimento de culpa que aparece na medida em que o cuidador vivencia sentimentos negativos em relação ao idoso, como raiva, pena, sensação de não saber o que fazer diante de alguma situação, e os abafa devido à formação de grande parte da população brasileira influenciada pela educação judaico-cristã, segundo a qual apenas se deve ter sentimentos positivos e aceitar as adversidades sem reclamar (LAHAM; SILVA, 2005).

Então, a sobrecarga emocional é acentuada também porque o cuidador muitas vezes vivencia as cargas do cuidado sem verbalizá-las, pois tem receio de que sua atitude seja interpretada como ingratidão e falta de amor, além da cobrança acentuada por parte do próprio cuidador, que é visto como um grande responsável, apesar do enfrentamento das dificuldades.

Realizou-se a associação desta sobrecarga com as seguintes características do cuidador: sóciodemográficas (faixa etária, sexo, residência, relação de parentesco com o idoso e estado civil) e econômicas (escolaridade, situação profissional e renda familiar), tempo de cuidador e apoio formal e informal para esse cuidado (Tabela 9).

Na Tabela 9, observa-se que a variável relacionada ao cuidador que influenciou a sobrecarga emocional foi a *escolaridade* ($p < 0,05$). Verifica-se, ainda, que quanto maior a escolaridade do cuidador menor o grau de sobrecarga. As demais variáveis não possuem associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$), não significando a ausência da influência dessas variáveis no componente *sobrecarga emocional*. Isso pode ser explicado pelas baixas frequências nas células.

Tabela 9: Associação entre a sobrecarga emocional e as características sócio-demográficas e econômicas do cuidador, tempo de cuidador e apoio recebido. Fortaleza-CE, 2010.

Variáveis	Sobrecarga Emocional								p
	Leve		Moderada		Grave		Gravíssima		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Faixa etária									0,370
20-30	5	83,3	-	-	1	16,7	-	-	
31-40	5	55,6	4	44,4	-	-	-	-	
41-50	11	64,8	3	17,6	3	17,6	-	-	
51-60	5	50,0	1	10,0	3	30,0	1	10,0	
61-74	6	60,0	2	20,0	2	20,0	-	-	
Sexo									0,617
Feminino	29	60,4	9	18,8	9	18,8	1	2,1	
Masculino	3	75,0	1	25,0	-	-	-	-	
Residência									0,485
Junto ao idoso	22	56,4	8	20,5	8	20,5	1	2,6	
Separado do idoso	10	76,9	2	15,4	1	7,7	-	-	
Relação de parentesco									0,569
Cônjuge	8	66,6	2	16,7	2	16,7	-	-	
Filho (a)	19	57,6	8	24,2	5	15,2	1	3,0	
Outro*	5	71,4	-	-	2	28,6	-	-	
Estado civil**									0,489
Solteiro	12	63,1	4	21,1	3	15,8	-	-	
Casado	9	56,2	4	25,0	2	12,5	1	6,3	
Outro	3	60,0	-	-	2	40,0	-	-	
Escolaridade									0,038
Fundamental	6	42,9	3	21,4	4	28,6	1	7,1	
Ensino médio	13	54,2	6	25,0	5	20,8	-	-	
Ensino superior	13	92,9	1	7,1	-	-	-	-	
Situação profissional									0,668
Empregado	9	69,2	3	23,1	1	7,7	-	-	
Desempregado	16	53,3	6	20,0	7	23,3	1	3,3	
Aposentado	7	77,8	1	11,1	1	11,1	-	-	
Renda familiar***									0,205
Até 1	7	58,3	2	16,7	3	25,0	-	-	
2	6	37,5	4	25,0	5	31,2	1	6,3	
2-3	9	81,8	2	18,2	-	-	-	-	
3-6,5	10	76,9	2	15,4	1	7,7	-	-	
Tempo de cuidador (ano)									0,583
< 1	6	75,0	2	25,0	-	-	-	-	
1-2	9	64,3	3	21,4	2	14,3	-	-	
3-20	17	56,7	5	16,7	7	23,3	1	3,3	
Recebimento de apoio									0,607
Sim	15	65,2	5	21,7	3	13,1	-	-	
Não	17	58,6	5	17,2	6	20,7	1	3,5	
Tipo de apoio recebido									0,197
Família/amigo	13	65,0	5	25,0	2	10,0	-	-	
Instituição/serviço de saúde	2	100,0	-	-	-	-	-	-	
Outro	-	-	-	-	1	100,0	-	-	

n=52

*Vizinho, neto, sobrinha e nora.

**Estado civil dos cuidadores que não eram cônjuges

***Salário mínimo (SM)= R\$ 465,00.

O menor nível de escolaridade pode influenciar na tarefa de cuidado no domicílio, dificultando, por exemplo, a compreensão das orientações dos profissionais de saúde (RATES, 2007). Esta situação pode gerar no cuidador sentimentos de despreparo e impotência, que têm uma carga de ordem emocional tão acentuada que pode repercutir diretamente no desempenho do papel e na qualidade do cuidado prestado.

A variável *residir junto ao idoso* não apresentou associação estatisticamente significativa como se esperava ($p=48,5\%$), mas constata-se que 20,5% dos que residiam junto apresentaram sobrecarga grave (Tabela 9). Certifica-se, assim, que a escolha do cuidador está bastante relacionada à proximidade física deste com o idoso, ou por já morar com ele ou por passar a morar devido à doença, o que tem relação também direta com as relações de parentesco e afetivas, acarretando mais desgaste à medida que este cuidador passa a ficar integralmente envolvido e dedicado ao cuidado, diuturnamente.

Na variável *relação de parentesco com o idoso*, verifica-se que também não existe uma associação estatisticamente significativa com a variável *sobrecarga emocional* ($p>5\%$), e que não existem diferenças significativas na sobrecarga se o cuidador é cônjuge, filho ou outro tipo de parentesco (Tabela 9).

Percebe-se também que, apesar de a maioria ser solteiro e a sobrecarga leve ser maior nesta condição (63,1%), quando este cuidador era casado apresentou-se sobrecarga até o grau gravíssima. Dados justificados pelo fato de que quando o cuidador não tem relação conjugal com o idoso passa a adaptar seus projetos individuais à condição de cuidador principal, sendo mais problemático quando essa situação modifica os relacionamentos intrafamiliares. Como exemplo, pode-se citar a situação do cuidador (a) casado (a), que excede ao acúmulo de papéis, sobrecarregando-se física e emocionalmente, comprometendo sua função de esposa ou marido.

Os fatores maior nível de escolaridade e renda financeira alta estão relacionados a uma menor sobrecarga (BOCCHI, 2004). Isso pôde ser verificado nesta pesquisa, cujos graus grave e gravíssima de sobrecarga emocional foram mais presentes nas situações de menor *escolaridade* (35,7%), como já comentado acima, e *renda familiar* do cuidador abaixo de dois salários mínimos (62,5%) (Tabela 9).

Na variável *tipo de apoio recebido*, apesar de no estudo não ter ocorrido associação estatisticamente significativa com *sobrecarga emocional* ($p=19,7\%$) (Tabela 9), ressalte-se que a falta de apoio da família para cuidar sobrecarrega o cuidador e estimula os sentimentos de carga emocional que podem prejudicar o cuidado dispensado e a qualidade de vida do cuidador, o que pode ser constatado neste estudo, em que a sobrecarga do tipo leve foi menor (65,0%), quando o tipo de apoio era a família e/ou amigo.

Observou-se todavia que quando a família/amigo foi a principal fonte de apoio, dois (10,0%) dos 20 casos apresentaram sobrecarga grave, ou seja, mesmo recebendo algum tipo de apoio da família o cuidador pode ter sentimentos de carga emocional (Tabela 9). Pode-se explicar esta questão pelo fato de que desde a escolha do cuidador, que geralmente é definida pela relação de parentesco e de proximidade afetiva, pode acontecer modificações dos papéis dos membros no relacionamento familiar. Como exemplo, pode-se citar a situação de uma filha mais nova que assume o papel de cuidadora principal do pai, passando a se destacar em relação aos outros irmãos na definição dos cuidados. Essa situação gera cobranças e reclamações, principalmente por parte da cuidadora que reclama também de falta de reconhecimento. Então, podem surgir situações conflituosas de disputa de posição, caso haja herança envolvida, ou de disputas antigas que se cruzam com as atuais.

Outro aspecto em relação à família como rede de apoio é que dentro de uma mesma família podem existir diversas configurações de cuidadores, que ocuparão maior ou menor papel de destaque de acordo com a demanda de cuidados requeridos e/ou condições do cuidador em executá-los, o que pode ser chamado de “balé de cuidadores”, situação longe de ser totalmente equilibrada e harmoniosa e marcada por controvérsias e falta de sincronia (SANTOS; RIFIOTIS, 2006).

Em estudo bibliográfico sobre a sobrecarga de cuidadores familiares de pessoas com AVC, Bocchi (2004) verificou em alguns estudos que a sobrecarga está frequentemente associada ao nível de dependência física da pessoa cuidada, e em outros não há relação significativa entre doenças emocionais em cuidadores e o grau de incapacidade, existindo, mas quanto ao tempo que o cuidador estava oferecendo cuidado a essa pessoa dependente. Tal situação pode ser visualizada neste estudo, no qual se verifica que quando os cuidadores exerciam o papel há

mais de três anos a sobrecarga grave/gravíssima foi maior em 26,6% dos casos (Tabela 9).

Tabela 10: Associação entre a sobrecarga emocional do cuidador e as características relacionadas ao perfil sócio-demográfico do idoso, à doença e ao acompanhamento no ambulatório. Fortaleza-CE, 2010.

Variáveis	Sobrecarga Emocional								p
	Leve		Moderada		Grave		Gravíssima		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Faixa etária									0,817
60-69	12	63,1	4	21,1	3	15,8	-	-	
70-79	12	66,6	3	16,7	3	16,7	-	-	
80-93	8	53,3	3	20,0	3	20,0	1	6,7	
Sexo									0,302
Feminino	18	69,2	3	11,6	4	15,4	1	3,8	
Masculino	14	53,8	7	27,0	5	19,2	-	-	
Procedência									0,129
Fortaleza	23	53,5	10	23,3	9	20,9	1	2,3	
Outra cidade do Ceará	8	100,0	-	-	-	-	-	-	
Outro Estado	1	100,0	-	-	-	-	-	-	
Estado civil									0,516
Solteiro (a)	1	33,3	-	-	2	66,7	-	-	
Casado (a)	20	66,7	6	20,0	4	13,3	-	-	
Divorciado (a)	1	50,0	1	50,0	-	-	-	-	
Viúvo (a)	10	58,9	3	17,6	3	17,6	1	5,9	
Primeiro episódio de AVC									0,081
Sim	24	66,7	8	22,2	3	8,3	1	2,8	
Não	8	50,0	2	12,5	6	37,5	-	-	
Tempo de ocorrência do AVC (ano)									0,155
< 1	9	60,0	5	33,3	1	6,7	-	-	
1-2	6	54,5	3	27,3	1	9,1	1	9,1	
3-6	9	69,2	-	-	4	30,8	-	-	
7-30	8	61,5	2	15,4	3	23,1	-	-	
Tempo de acompanhamento no ambulatório (ano)									0,283
Até 1	17	58,6	6	20,7	5	17,2	1	3,5	
2	6	66,7	3	33,3	-	-	-	-	
2-10	9	64,3	1	7,1	4	28,6	-	-	

n=52

Na Tabela 10, vê-se a associação da *sobrecarga emocional* do cuidador com as características do idoso (sócio-demográficas e relacionadas à doença e ao acompanhamento no ambulatório). Não houve nenhuma associação estatisticamente significativa ($p > 5\%$), elucidado pela distribuição não homogênea dos dados em todas as células, uma vez que a sobrecarga emocional é comum entre cuidadores de idosos acometidos por AVC. No entanto, destaca-se que com a

variável *primeiro episódio de AVC* houve um forte indicativo de associação, pois o valor de p foi próximo de 5% ($p=8,1\%$). Além disso, diante dos resultados apresentados na tabela a seguir, outras considerações podem ser concebidas.

Mediante os resultados, quanto mais velho o idoso maior foi a sobrecarga grave (20,0%). Isso também pode ser observado em relação ao *tempo de ocorrência do AVC*, cuja sobrecarga grave foi mais intensa em 53,9% dos casos quando já fazia mais de três anos da ocorrência do episódio (Tabela 10). Ao longo do tempo, além das alterações decorrentes do AVC isquêmico, segundo Abreu e Pires (2009), mudanças no estado psicológico e de saúde do idoso podem acontecer, o que pode contribuir mais ainda para aumentar a carga emocional do cuidador.

Como cuidar é algo dinâmico e complexo, que varia conforme as necessidades individuais de cada um e com o passar do tempo é de fundamental importância para o cuidador atender a cada idoso, de acordo com suas características próprias, valorizando sua história de vida e interesses (ABREU; PIRES, 2009). Por isso, conhecer o perfil dos idosos torna-se importante, já que influencia na sobrecarga emocional do cuidador.

Tabela 11: Associação entre a sobrecarga emocional do cuidador e a incapacidade funcional do idoso. Fortaleza-CE, 2010.

Incapacidade Funcional	Sobrecarga Emocional								p
	Leve		Moderada		Grave		Gravíssima		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Escala de Rankin Modificada S/ incapacidade	13	68,4	5	26,3	1	5,3	-	-	0,096
Incapacidade leve/moderada	11	64,7	4	23,5	2	11,8	-	-	
Incapacidade Grave	8	50,0	1	6,2	6	37,6	1	6,2	
Escala de Barthel									0,023
Dependente muito grave	2	28,6	1	14,3	4	57,1	-	-	
Dependente grave	2	28,6	2	28,6	3	42,8	-	-	
Dependente moderado	7	77,8	-	-	1	11,1	1	11,1	
Dependente leve	12	70,6	4	23,5	1	5,9	-	-	
Independente	9	75,0	3	25,0	-	-	-	-	

n=52

Ao se deparar com a condição de incapacidade funcional, que motiva a dependência do idoso, o cuidador enfrenta várias situações e dificuldades no cotidiano do cuidado que resultam na sobrecarga de ordem emocional, tais como sentimentos de medo e insegurança na execução dos cuidados, bem como

dificuldades de enfrentamento do estado de incapacidade e dependência do idoso com o qual tem relação de parentesco e/ou afetiva.

A associação da *incapacidade funcional* do idoso com a *sobrecarga emocional* do cuidador apresentou-se estatisticamente significativa apenas com a Escala de Barthel que define o grau de dependência ($p = 2,3\%$) (Tabela 11).

Esta associação pode decorrer devido ao vínculo estabelecido entre idoso e cuidador, pois o idoso ao vivenciar uma situação de dependência estabelece um vínculo forte com o cuidador, isto é, vivencia também uma situação de dependência emocional, pois o idoso precisa estabelecer uma relação de confiança em todas as condutas de cuidado. Essa situação por exigir mais do cuidador traz uma carga emocional maior para o cuidador como pôde ser verificado no presente estudo, em que os que apresentavam dependência muito grave, a sobrecarga apresentada por 57,1% dos cuidadores foi grave.

Mesmo não apresentando associação estatisticamente significativa, verifica-se que as situações de incapacidade funcional leve/moderada e grave motivaram a intensidade da sobrecarga grave, 11,8% e 37,6% respectivamente (Tabela 11).

5.4.2 Implicações na vida pessoal

O cuidado a um idoso dependente realizado no domicílio está relacionado diretamente à qualidade das interações entre pessoa cuidada e cuidador e não somente à execução de tarefas. Além dos sentimentos de paciência e afeto, dependerá também da disponibilidade, dedicação e comprometimento do cuidador, o que pode proporcionar implicações diretas de ordem física, emocional e social na sua vida.

O cansaço e a irritabilidade são muito comuns entre cuidadores de idosos com limitações das atividades de vida diária. Situação acentuada pelas impossibilidades relacionadas às atividades remuneradas e às domésticas, haja vista que o cuidado requer do cuidador dedicação integral. O cuidador, na maioria das vezes, assume sozinho o cuidado e os afazeres domésticos, sobrecarregando-se emocional e fisicamente, comprometendo sua saúde (RATES, 2007).

Além disso, conforme Cattani e Girardon-Perlini (2004), cuidar diariamente de alguém que apresenta dependência pode significar o desenvolvimento de atividades que envolvem esforço físico para a prestação de alguns cuidados e

atenção para a execução de determinados procedimentos que exigem concentração e planejamento antecipado do que será realizado, com o fim de obter resultados satisfatórios. Com o tempo, essas atividades incentivam o surgimento de características estressantes da atividade de cuidar, o desgaste físico e emocional dos cuidadores.

A dificuldade do cuidar do idoso portador de doença crônica, portanto, não está somente na realização das tarefas em si, mas também na dedicação do cuidador, necessária para satisfazer as necessidades do idoso, em detrimento de suas próprias necessidades (SIMONETTI; FERREIRA, 2008).

Laham e Silva (2005) acrescentam que a necessidade de prestar os cuidados de forma sistemática e a tensão provocada pela complexidade que os envolve podem tornar os cuidadores pacientes em potencial, pois muitas vezes esquecem de cuidar de si para cuidarem dos idosos, relegando-se a um segundo plano para cumprirem uma rotina estafante de cuidados.

Na Tabela 12, encontra-se a associação da sobrecarga *implicações na vida pessoal* do cuidador com as suas características sócio-demográficas (faixa etária, sexo, residência, relação de parentesco com o idoso e estado civil), econômicas (escolaridade, situação profissional e renda familiar), tempo de cuidador e apoio formal e informal recebido. A variável que apresentou associação estatisticamente significativa com *implicações na vida pessoal* foi renda familiar ($p < 5\%$), isto é, quanto menor a renda familiar do cuidador maior o grau de sobrecarga grave.

Como o cuidador tem dificuldades de conciliar as atividades de cuidado com as atividades extradomiciliares, muitas vezes abandona o trabalho para se dedicar somente ao cuidado e às tarefas domésticas, que somadas ao ônus decorrente do cuidado, acarreta dificuldades financeiras para toda a família e sobrecarga que implica na vida do cuidador.

Ser do sexo feminino foi fator que contribuiu para uma maior sobrecarga moderada (16,7%), grave (20,8%) e gravíssima (6,3%) do cuidador (Tabela 12). Apesar do perfil dos cuidadores reafirmado pela prática e pela literatura remeter ao sexo feminino, muitas destas cuidadoras assumem este papel por obrigação ou por falta de opção, muitas das vezes constatando esta função sem se darem conta de quando e como assumiram (LAHAM; SILVA, 2005), por conta de suas próprias condições na família, o que não deixa de aumentar a carga emocional do cotidiano do cuidado.

Tabela 12: Associação entre a sobrecarga implicações na vida pessoal e as características sócio-demográficas e econômicas do cuidador, tempo de cuidador e apoio recebido. Fortaleza-CE, 2010.

Características	Implicações na vida pessoal								p
	Leve		Moderada		Grave		Gravíssima		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Faixa etária									0,082
20-30	4	66,6	1	16,7	1	16,7	-	-	
31-40	7	77,8	1	11,1	1	11,1	-	-	
41-50	11	64,8	3	17,6	3	17,6	-	-	
51-60	3	30,0	3	30,0	1	10,0	3	30,0	
61-74	6	60,0	0	0,0	4	40,0	-	-	
Sexo									0,225
Feminino	27	56,3	9	16,7	10	20,8	3	6,3	
Masculino	4	100,0	-	-	-	-	-	-	
Residência									0,131
Junto ao idoso	20	51,3	7	17,9	9	23,1	3	7,7	
Separado do idoso	11	84,6	1	7,7	1	7,7	-	-	
Relação de parentesco									0,606
Cônjuge	6	50,0	2	16,7	4	33,3	-	-	
Filho (a)	20	60,6	5	15,2	5	15,2	3	9,0	
Outro*	5	71,4	1	14,3	1	14,3	-	-	
Estado civil**									0,427
Solteiro	11	57,9	4	21,1	3	15,8	1	5,2	
Casado	11	68,7	2	12,5	1	6,3	2	12,5	
Outro	3	60,0	-	-	2	40,0	-	-	
Escolaridade									0,114
Fundamental	4	28,6	3	21,4	5	35,7	2	14,3	
Ensino médio	16	66,7	4	16,7	3	12,5	1	4,1	
Ensino superior	11	78,6	1	7,1	2	14,3	-	-	
Situação profissional									0,234
Empregado	11	84,6	1	7,7	1	7,7	-	-	
Desempregado	14	46,7	6	20,0	7	23,3	3	10,0	
Aposentado	6	66,7	1	11,1	2	22,2	-	-	
Renda familiar***									0,026
Até 1	6	50,0	4	33,3	2	16,7	-	-	
2	5	31,2	2	12,5	6	37,5	3	18,8	
2-3	9	81,8	1	9,1	1	9,1	-	-	
3-6,5	11	84,6	1	7,7	1	7,7	-	-	
Tempo de cuidador (ano)									0,279
< 1	7	87,5	-	-	1	12,5	-	-	
1-2	8	57,2	3	21,4	3	21,4	-	-	
3-20	16	53,3	5	16,7	6	20,0	3	10,0	
Recebimento de apoio									0,537
Sim	16	69,6	2	8,7	4	17,4	1	4,3	
Não	15	51,7	6	20,7	6	20,7	2	6,9	
Tipo de apoio recebido									0,534
Família/amigo	14	70,0	2	10,0	3	15,0	1	5,0	
Instituição/serviço de saúde	2	100,0	-	-	-	-	-	-	
Outro	-	-	-	-	1	100,0	-	-	

n=52

*Vizinho, neto, sobrinha e nora.

**Estado civil dos cuidadores que não eram cônjuges.

***Salário mínimo (SM)= R\$ 465,00.

Apesar de não ter ocorrido uma associação estatisticamente significativa entre *relação de parentesco* e as *implicações na vida pessoal* ($p=60,6\%$), ser cônjuge trouxe mais sobrecarga moderada (16,7%) e grave (33,3%), mas ser filho também trouxe importante grau de sobrecarga grave/gravíssima (24,2%), pois a condição de filho (a) traz implicações na vida do cuidador, por conta da dedicação de maior parte do tempo ao cuidado, comprometendo os projetos pessoais e qualidade de vida, situação acentuada quando o cuidador reside junto ao idoso, como pôde ser elucidado em estudo, cuja sobrecarga grave foi maior quando o cuidador residia junto ao idoso (23,1%) (Tabela 12).

Tabela 13: Associação entre a sobrecarga implicações na vida pessoal do cuidador e as características relacionadas ao perfil sócio demográfico do idoso, à doença e ao acompanhamento no ambulatório. Fortaleza-CE, 2010.

Variáveis	Implicações na vida pessoal								p
	Leve		Moderada		Grave		Gravíssima		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Faixa etária									0,435
60-69	11	57,9	5	26,3	3	15,8	-	-	
70-79	11	61,1	2	11,1	4	22,2	1	5,6	
80-93	9	60,0	1	6,7	3	20,0	2	13,3	
Sexo									0,026
Feminino	19	73,1	4	15,4	1	3,8	2	7,7	
Masculino	12	46,2	4	15,4	9	34,6	1	3,8	
Procedência									0,833
Fortaleza	24	55,8	7	16,3	9	20,9	3	7,0	
Outra cidade do Ceará	6	75,0	1	12,5	1	12,5	-	-	
Outro Estado	1	100,0	-	-	-	-	-	-	
Estado civil									0,113
Solteiro (a)	1	33,4	1	33,3	1	33,3	-	-	
Casado (a)	17	56,7	5	16,7	8	26,6	-	-	
Divorciado (a)	1	50,0	1	50,0	-	-	-	-	
Viúvo (a)	12	70,6	1	5,9	1	5,9	3	17,6	
Primeiro episódio de AVC									0,006
Sim	27	75,0	3	8,3	4	11,1	2	5,6	
Não	4	25,0	5	31,2	6	37,5	1	6,3	
Tempo de ocorrência do AVC (ano)									0,252
< 1	11	73,3	3	20,0	1	6,7	-	-	
1-2	6	54,5	1	9,1	3	27,3	1	9,1	
3-6	8	61,5	2	15,4	1	7,7	2	15,4	
7-30	6	46,1	2	15,4	5	38,5	-	-	
Tempo de acompanhamento no ambulatório (ano)									0,913
Até 1	18	62,1	4	13,8	5	17,2	2	6,9	
2	6	66,7	1	11,1	2	22,2	-	-	
2-10	7	50,0	3	21,4	3	21,4	1	7,2	

n=52

Na Tabela 13, encontra-se a associação da sobrecarga *implicações na vida pessoal* do cuidador com as características do idoso (sóciodemográficas e relacionadas à doença e ao acompanhamento no ambulatório). As variáveis *sexo* e *primeiro episódio de AVC* apresentam associação estatisticamente significativa com o componente *implicações na vida pessoal* ($p < 0,05$).

Apesar da distribuição homogênea entre os sexos, reconhece-se neste estudo que a sobrecarga foi mais grave/gravíssima quando o idoso era do sexo masculino (38,4%) (Tabela 13). A explicação para esse dado pode ser encontrada no fato de que o cuidador, na sua grande maioria do sexo feminino, enfrenta dificuldades no cotidiano do cuidado que expressam questões muito mais subjetivas relacionadas à dinâmica familiar e/ou aos sentimentos do cuidador. As dificuldades subjetivas podem estar presentes no medo e no constrangimento que a cuidadora vivencia quando dispensa certos cuidados ao familiar, como o banho e a higiene pessoal, quando este é do sexo masculino.

Perlini e Faro (2005) explicam que isso se dá por conta do rompimento de valores arraigados desde a infância do cuidador e que representam a invasão da privacidade e da intimidade do outro, que é seu pai, sogro, mãe e que, até então, era proibido.

Na variável *primeiro episódio de AVC*, apesar da frequência dos casos ter sido maior na primeira vez, quando não era a primeira ocorrência, maior era o grau de sobrecarga para grave (37,5%) e gravíssima (6,3%) (Tabela 13). Os graus de incapacidades dos pacientes determinam os níveis de dependência, o que implica mais ou menos na vida do cuidador (BOCCHI, 2004). Um maior número de episódios de AVC trará como consequência um maior grau de acometimento do idoso, o que trará mais sobrecarga com repercussões na vida do cuidador.

Na Tabela 14, estão os dados da associação entre as *implicações na vida pessoal* do cuidador com a *incapacidade funcional* do idoso. Verifica-se que houve uma associação estatisticamente significativa da incapacidade funcional do idoso, avaliada através da escala de Barthel e de Rankin, com *implicações na vida pessoal* ($p < 0,05$). Isso se dá, segundo Martins, Ribeiro e Garrett (2003), porque as limitações físicas do familiar doente não se repercutem nas dimensões que tem por base a relação entre o cuidador e o familiar, mas sim nas dimensões que estão relacionadas aos aspectos inerentes ao cuidador informal, tais como estado de saúde, sentimentos e vida social, questões abordadas neste componente.

Tabela 14: Associação entre a sobrecarga implicações na vida pessoal do cuidador e a incapacidade funcional do idoso. Fortaleza-CE, 2010.

Incapacidade Funcional	Implicações na vida pessoal								p
	Leve		Moderada		Grave		Gravíssima		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Escala de Rankin Modificada S/ incapacidade	15	78,9	4	21,1	-	-	-	-	0,003
Incapacidade leve/moderada	9	53,0	3	17,6	5	29,4	-	-	
Incapacidade Grave	7	43,8	1	6,2	5	31,2	3	18,8	
Escala de Barthel									0,002
Dependente muito grave	2	28,6	-	-	3	42,8	2	28,6	
Dependente grave	2	28,6	1	14,2	4	57,2	-	-	
Dependente moderado	5	55,6	2	22,2	1	11,1	1	11,1	
Dependente leve	10	58,8	5	29,4	2	11,8	-	-	
Independente	12	100,0	-	-	-	-	-	-	

n=52

A condição de incapacidade funcional e dependência do idoso exigem cuidados contínuos durante as vinte e quatro horas do dia, o que traz implicações na vida do cuidador, pois ele se sobrecarrega de tal maneira, podendo ocasionar problemas na saúde física e emocional e na vida social. Como implicações pode se citar, por exemplo, a dificuldade do cuidador de associar o cuidado ao idoso com as outras atividades em sua vida, como a carreira profissional e a vida conjugal.

Cuidar de um idoso dependente modifica o estilo de vida do cuidador em função das necessidades do outro, independente do fato do cuidador ser uma pessoa jovem ou idosa, pois, segundo Cattani e Girardon-Perlini (2004), suas atividades de recreação e convívio social acabam sendo alteradas e dando a este a sensação de não ter autonomia para gerenciar a própria vida e ter de viver em torno do outro, além do indivíduo que necessita dos cuidados cobrar a presença do cuidador e nem sempre reagir favoravelmente às ausências.

Portanto, constata-se que os idosos mais dependentes devido ao AVC isquêmico acabam exigindo mais cuidados, além de consumirem mais tempo, o que impede os cuidadores de cuidarem da própria vida.

5.4.3 Sobrecarga financeira

Existe uma correlação entre os recursos financeiros e a produção do cuidado ao idoso acometido por AVC isquêmico, devido às necessidades impostas pela doença e pelas condições da maioria da população idosa em nossa sociedade.

A família, representada na figura do cuidador principal, ao assumir totalmente a responsabilidade do idoso, vê-se em uma situação que exige investimento pessoal, social e econômico.

Como os cuidadores têm dificuldades de assumir atividades remuneradas a renda familiar é proveniente de valores recebidos de aposentadorias, que constitui, na maioria das situações, a única fonte de manutenção e sobrevivência, sendo insuficiente para atender às necessidades básicas do idoso doente e dependente.

Diante das limitações financeiras, segundo Cattani e Girardon-Perlini (2004), os cuidadores buscam, primeiramente, suprir as necessidades do idoso, pois os gastos com a doença são de ordem prioritária, sendo que os gastos domésticos e pessoais podem ser postos em segundo plano.

Nessa perspectiva, as dificuldades financeiras enfrentadas pelo cuidador são outro fator a contribuir para o desgaste emocional dos cuidadores. Isso acontece porque diante da impossibilidade de suprir todas as necessidades que o familiar requer e que a doença exige, sente-se impotente e triste (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004).

Na Tabela a seguir encontram-se os dados referentes à associação da *sobrecarga financeira* do cuidador com suas características sócio-demográficas (faixa etária, sexo, residência, relação de parentesco com o idoso e estado civil), econômicas (escolaridade, situação profissional e renda familiar), tempo de cuidador e apoio formal e informal recebido. Encontraram-se associações estatisticamente significantes da *sobrecarga financeira* com as variáveis *faixa etária* ($p=3,9\%$) e *renda familiar* ($p=3,3\%$) (Tabela 15).

Verifica-se que nas faixas etárias mais jovens o grau de sobrecarga moderada foi maior (33,3%) (Tabela 15), pois os cuidadores encontram-se na fase produtiva, no entanto, por se dedicarem ao cuidado, estão impossibilitados de trabalhar e, conseqüentemente, de contribuir na renda familiar e de realizar projetos pessoais.

Tabela 15: Associação entre a sobrecarga financeira e as características sócio-demográficas e econômicas do cuidador, tempo de cuidador e apoio recebido. Fortaleza-CE, 2010.

Variáveis	Sobrecarga financeira								p
	Leve		Moderada		Grave		Gravíssima		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Faixa etária									0,039
20-30	3	50,0	2	33,3	-	-	1	16,7	
31-40	6	66,7	2	22,2	1	11,1	-	-	
41-50	14	82,3	2	11,8	-	-	1	5,9	
51-60	3	30,0	3	30,0	-	-	4	40,0	
61-74	7	70,0	-	-	2	20,0	1	10,0	
Sexo									0,281
Feminino	29	60,4	9	18,7	3	6,3	7	14,6	
Masculino	4	100,0	-	-	-	-	-	-	
Residência									0,217
Junto com o idoso	22	56,4	8	20,5	3	7,7	6	15,4	
Separado do idoso	11	84,6	1	7,7	-	-	1	7,7	
Relação de parentesco									0,748
Cônjuge	7	58,3	2	16,7	2	16,7	1	8,3	
Filho (a)	21	63,6	6	18,2	1	3,0	5	15,2	
Outro*	5	71,4	1	14,3	-	-	1	14,3	
Estado civil**									0,247
Solteiro	10	52,6	6	31,6	1	5,3	2	10,5	
Casado	12	75,0	1	6,2	-	-	3	18,8	
Outro	4	80,0	-	-	-	-	1	20,0	
Escolaridade									0,172
Fundamental	5	35,7	4	28,6	2	14,3	3	21,4	
Ensino médio	16	66,7	4	16,7	1	4,1	3	12,5	
Ensino superior	12	85,8	1	7,1	-	-	1	7,1	
Situação profissional									0,106
Empregado	10	76,9	1	7,7	-	-	2	15,4	
Desempregado	16	53,3	8	26,7	3	10,0	3	10,0	
Aposentado	7	77,8	-	-	-	-	2	22,2	
Renda familiar***									0,033
Até 1	5	41,7	4	33,3	1	8,3	2	16,7	
2	7	43,7	4	25,0	2	12,5	3	18,8	
2-3	10	90,9	1	9,1	-	-	-	-	
3-6,5	11	84,6	-	-	-	-	2	15,4	
Tempo de cuidador (ano)									0,083
< 1	5	62,5	2	25,0	1	12,5	-	-	
1-2	11	78,6	-	-	-	-	3	21,4	
3-20	17	56,7	7	23,3	2	6,7	4	13,3	
Recebimento de apoio									0,430
Sim	16	69,6	2	8,7	2	8,7	3	13,0	
Não	17	58,6	7	24,1	1	3,5	4	13,8	
Tipo de apoio recebido									0,272
Família/amigo	15	75,0	1	5,0	2	10,0	2	10,0	
Instituição/serviço de saúde	1	50,0	1	50,0	-	-	-	-	
Outro	-	-	-	-	-	-	1	100,0	

n=52

*Vizinho, neto, sobrinha e nora.

**Estado civil dos cuidadores que não eram cônjuges.

**Salário mínimo= R\$ 465,00.

Quanto à renda familiar, a renda até dois salários, maior foi a sobrecarga grave (20,8%) e gravíssima (35,3%). A renda familiar gera uma sobrecarga financeira porque o cuidador vê a impossibilidade de atender às necessidades do idoso em virtude do AVC. Quando o cuidador compara o ato de cuidar com os gastos para atender às necessidades dos idosos, pondera que cuidar não é tão oneroso, pois o mais difícil do que o custeamento das dispensas da doença é a supressão de todas as carências do idoso (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004).

Apesar de não ter ocorrido uma associação estatisticamente significativa com este componente de sobrecarga, na situação ocupacional, o cuidador que se encontra desempregado apresenta maior o grau de sobrecarga moderada (26,7%) e grave/gravíssima (20,0%) (Tabela 15).

Dentre os fatores geradores de estresse para o cuidador, encontra-se a falta de equipamentos adequados para o cuidado (GONZAGA *et al.*, 2009). Por isso, as situações que condicionam as condições socioeconômicas dos cuidadores, como baixa escolaridade, baixa renda familiar e o desemprego, levam a situações de maior sobrecarga financeira.

Torna-se necessário ao enfermeiro e a todos os profissionais de saúde uma análise geral do contexto de vida do cuidador, das condições socioeconômicas da família e das implicações do AVC isquêmico sobre as finanças da família.

Na Tabela 16, tem-se a associação da *sobrecarga financeira* do cuidador com as características do idoso (sóciodemográficas e relacionadas a doença e ao acompanhamento no ambulatório).

Não se observa nenhuma associação estatisticamente significativa entre as características do idoso e a *sobrecarga financeira* ($p > 0,05$). Devido ao fato de que este componente envolve poucas questões e que a carga de ordem financeira está mais relacionada a fatores próprios do cuidador. Porém, houve um evidente indicativo de associação com *primeiro episódio de AVC*, pois o valor de p foi muito próximo de 5% ($p = 6,7\%$), isto é, quando o idoso já tinha mais de um episódio de AVC, maior a sobrecarga gravíssima do cuidador em relação ao aspecto financeiro (Tabela 16).

Pode-se destacar dentre as variáveis, o sexo do idoso, que quando masculino tem-se maior a sobrecarga grave (11,5%) e gravíssima (19,2%) (Tabela 16). O idoso, principalmente do sexo masculino, em muitas famílias brasileiras ocupa papel de provedor que ajuda nas despesas da família. Após ser acometido por AVC

isquêmico, caracterizado por instalação súbita de seus sintomas, deixa de contribuir mais no orçamento familiar.

Tabela 16: Associação entre a sobrecarga financeira do cuidador e as características relacionadas ao perfil sócio demográfico do idoso, à doença e ao acompanhamento no ambulatório. Fortaleza-CE, 2010.

Características	Sobrecarga Financeira								p
	Leve		Moderada		Grave		Gravíssima		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Faixa etária									0,087
60-69	11	57,9	6	31,6	-	-	2	10,5	
70-79	12	66,6	1	5,6	3	16,7	2	11,1	
80-93	10	66,7	2	13,3	-	-	3	20,0	
Sexo									0,095
Feminino	19	73,1	5	19,2	-	-	2	7,7	
Masculino	14	53,8	4	15,5	3	11,5	5	19,2	
Procedência									0,438
Fortaleza	25	58,1	9	20,9	3	7,0	6	14,0	
Outra cidade do Ceará	7	87,5	-	-	-	-	1	12,5	
Outro Estado	1	100,0	-	-	-	-	-	-	
Estado civil									0,631
Solteiro (a)	1	33,4	1	33,3	-	-	1	33,3	
Casado (a)	19	63,4	4	13,3	3	10,0	4	13,3	
Divorciado (a)	2	100,0	-	-	-	-	-	-	
Viúvo (a)	11	64,7	4	23,5	-	-	2	11,8	
Primeiro episódio de AVC									0,067
Sim	27	75,0	4	11,1	2	5,6	3	8,3	
Não	6	37,5	5	31,2	1	6,3	4	25,0	
Tempo de ocorrência do AVC (ano)									0,846
< 1	11	73,3	2	13,3	1	6,7	1	6,7	
1-2 anos	7	63,6	1	9,1	1	9,1	2	18,2	
3-6 anos	8	61,5	2	15,4	1	7,7	2	15,4	
7-30 anos	7	53,8	4	30,8	-	-	2	15,4	
Tempo de acompanhamento no ambulatório (ano)									0,203
Até	19	65,5	4	13,8	2	6,9	4	13,8	
2	8	88,9	-	-	-	-	1	11,1	
2-10	6	42,8	5	35,7	1	7,1	2	14,4	

n=52

Ao se associar a *sobrecarga financeira* do cuidador com a *incapacidade funcional* do idoso, chegou-se aos dados descritos na Tabela 17. A associação foi estatisticamente significativa com a Escala de Rankin ($p=1,3\%$). Mas, apesar de não ter ocorrido uma associação estatisticamente significativa com a Escala de Barthel, observa-se que quanto mais grave a dependência do idoso maior o grau de sobrecarga financeira para gravíssima (42,9%).

Tabela 17: Associação entre a sobrecarga financeira do cuidador e a incapacidade funcional do idoso. Fortaleza-CE, 2010.

Incapacidade Funcional	Sobrecarga Financeira								p
	Leve		Moderada		Grave		Gravíssima		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Escala de Rankin Modificada S/ incapacidade	17	89,4	1	5,3	-	-	1	5,3	0,013
Incapacidade leve/moderada	7	41,2	5	29,4	3	17,6	2	11,8	
Incapacidade Grave	9	56,2	3	18,8	-	-	4	25,0	
Escala de Barthel									0,095
Dependente muito grave	3	42,8	-	-	1	14,3	3	42,9	
Dependente grave	3	42,8	2	28,6	1	14,3	1	14,3	
Dependente moderado	4	44,5	3	33,3	-	-	2	22,2	
Dependente leve	12	70,6	3	17,6	1	5,9	1	5,9	
Independente	11	91,7	1	8,3	-	-	-	-	

n=52

O desempenho de tarefas e do papel de cuidador traz um ônus que afeta não somente o cuidador, mas toda a família (PAVARINI; NERI, 2000), pois o cuidador apresenta-se impossibilitado de assumir outras atividades, deixando de contribuir na renda familiar, gerando assim a sensação de incapacidade. Além disso, a situação de dependência e incapacidade funcional requer gastos para atender às necessidades do idoso que oneram ainda mais o cuidado. Toda essa situação preocupa o cuidador e gera sobrecarga de ordem financeira, pois se encontra em uma situação em que procura atender primeiramente às necessidades do idoso diante de tantas dificuldades e de suas próprias necessidades.

5.4.4 Reações às exigências

Cuidar de um idoso dependente devido ao AVC isquêmico requer do cuidador disponibilidade, dedicação e preparação para lidar com situações adversas em virtude das alterações do comportamento da pessoa cuidada e da dinâmica familiar, pois as tarefas do cuidado diário, muitas vezes, tornam-se difíceis, pelas características de cada pessoa cuidada e pela complexidade das relações que se estabelecem.

Rates (2007) destacou em trabalho que as singularidades da pessoa cuidada somadas às alterações no comportamento provocadas pelas doenças crônicas, como o AVC, dificultam a realização do cuidado ou impossibilitam um tratamento adequado, provocando o desgaste emocional e físico do cuidador. Por

isso, o relacionamento favorável entre o cuidador e a pessoa cuidada e a aceitação de sua singularidade estão intimamente relacionados à preservação de sua saúde.

Além disso, nas situações de doenças crônico-degenerativas, não há previsão do encerramento dos cuidados, que na maioria das vezes apenas aumentam. Esse contexto pode tornar o cuidador estressado e cansado, sob o risco de transferir sua insatisfação para o idoso, podendo ser até agressivo e intolerante (LAHAM; SILVA, 2005).

Torna-se necessário ao cuidador familiar obter conhecimentos sobre a doença e as estratégias que devem ser usadas no cuidar, compreender seus sentimentos em relação ao idoso e ainda conhecer a si (LAVINSKY; VIEIRA, 2004). Essas condutas facilitarão o cotidiano do cuidar e levarão a um melhor enfrentamento da situação, podendo reduzir a carga demasiada do cuidador.

Na Tabela 18, encontra-se a associação da sobrecarga *reações às exigências* do cuidador com suas características sócio-demográficas (faixa etária, sexo, residência, relação de parentesco com o idoso e estado civil), econômicas (escolaridade, situação profissional e renda familiar), tempo de cuidador e apoio formal e informal recebido. Apenas a variável *residência* apresentou associação estatisticamente significativa com este componente ($p=0,8\%$), isto é, morar na mesma residência do idoso aumentou o grau de sobrecarga grave (28,2%) e gravíssima (7,7%).

Ocorrência explicada pelo fato de que estando na mesma residência do idoso, o cuidador vai ter mais contato com os problemas comportamentais do idoso, fator gerador de estresse, o que requer do cuidador mais tempo e paciência (GONZAGA *et al.*, 2009).

Na variável *relação de parentesco*, observa-se na Tabela 18 que ser cônjuge ocasionou uma maior sobrecarga moderada (41,7%) e grave (16,6%) no componente *reações às exigências*, explicado pelas relações conflituosas entre os cônjuges antes do acometimento do idoso pelo AVC isquêmico.

Tabela 18: Associação entre a sobrecarga reações às exigências e as características sócio-demográficas e econômicas do cuidador, tempo de cuidador e apoio recebido. Fortaleza-CE, 2010.

Características	Reações às Exigências								p
	Leve		Moderada		Grave		Gravíssima		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Faixa etária									0,704
20-30	5	83,3	1	16,7	-	-	-	-	
31-40	8	88,9	1	11,1	-	-	-	-	
41-50	13	76,5	3	17,6	1	5,9	-	-	
51-60	5	50,0	4	40,0	1	10,0	-	-	
61-74	7	70,0	2	20,0	1	10,0	-	-	
Sexo									0,774
Feminino	35	72,9	10	20,8	3	6,3	-	-	
Masculino	3	75,0	1	25,0	-	-	-	-	
Residência									0,008
Junto ao idoso	25	64,1	11	28,2	3	7,7	-	-	
Separado do idoso	13	100,0	-	-	-	-	-	-	
Relação de parentesco									0,061
Cônjuge	5	41,7	5	41,7	2	16,6	-	-	
Filho (a)	28	84,8	4	12,1	1	3,1	-	-	
Outro*	5	71,4	2	28,6	-	-	-	-	
Estado civil**									0,423
Solteiro	14	73,7	4	21,0	1	5,3	-	-	
Casado	14	87,5	2	12,5	-	-	-	-	
Outro	5	100,0	-	-	-	-	-	-	
Escolaridade									0,163
Fundamental	10	71,4	3	21,4	1	7,2	-	-	
Ensino médio	17	70,8	7	29,2	-	-	-	-	
Ensino superior	11	78,6	1	7,1	2	14,3	-	-	
Situação profissional									0,733
Empregado	10	76,9	3	23,1	-	-	-	-	
Desempregado	22	73,3	6	20,0	2	6,7	-	-	
Aposentado	6	66,7	2	22,2	1	11,1	-	-	
Renda familiar***									0,903
Até 1	9	75,0	2	16,7	1	8,3	-	-	
2	11	68,8	4	25,0	1	6,2	-	-	
2-3	8	72,7	2	18,2	1	9,1	-	-	
3-6,5	10	76,9	3	23,1	-	-	-	-	
Tempo de cuidador (ano)									0,224
< 1	8	100,0	-	-	-	-	-	-	
1-2	10	71,4	3	21,4	1	7,2	-	-	
3-20	20	66,7	8	26,7	2	6,6	-	-	
Recebimento de apoio									0,748
Sim	18	78,3	4	17,4	1	4,3	-	-	
Não	20	69,0	7	24,1	2	6,9	-	-	
Tipo de apoio recebido									0,810
Família/amigo	15	75,0	4	20,0	1	5,0	-	-	
Instituição/serviço de saúde	2	100,0	-	-	-	-	-	-	
Outro	1	100,0	-	-	-	-	-	-	

n=52

*Vizinho, neto, sobrinha e nora.

**Estado civil dos cuidadores que não eram cônjuges.

***Salário mínimo (SM)= R\$ 465,00.

O cuidador percebe os cuidados, considerando a qualidade da relação que havia estabelecido anteriormente com o idoso, o que exercerá influência direta no convívio de ambos e na qualidade dos cuidados prestados. Quando há hostilidade na relação, o cuidador pode prestar seus cuidados sem a devida atenção devido à imposição de obrigações indesejadas, transferindo para o idoso toda a insatisfação. Por sua vez, o idoso também pode descarregar a raiva, insatisfação ou vergonha que sente, em detrimento da situação de dependência, gerando mágoa no cuidador (HADAM; SILVA, 2005).

Outro aspecto destacado pelas autoras Hadam e Silva (2005), que tem repercussão nas reações do cuidador às exigências do cuidado e na sua sobrecarga, é a atitude do cuidador em superproteger o idoso, fazendo todos os desejos do idoso que recebe o cuidado. O cuidador deve impor limites, permitindo que o idoso realize tudo o que puder sozinho, tentando identificar o que seria uma real necessidade ou um comportamento para chamar a atenção. Contudo, as próprias autoras destacam que esta tarefa não é fácil, principalmente se o cuidador se encontrar cansado.

Pelos dados expostos, pode-se inferir também que ser do sexo feminino (6,3%), ser solteiro (5,3%), estar aposentado (11,1%), ter renda familiar de até dois salários mínimos (14,5%), estar desempenhando o papel há mais de um ano (13,8%) e não receber apoio (6,9%) contribui para que o cuidador apresente maior grau de sobrecarga grave neste componente (Tabela 18).

A dedicação por muito tempo ao cuidado, como pode ser verificado na variável *tempo de cuidador*, pode induzir maior grau de sobrecarga (Tabela 18). Os cuidadores, segundo Simonetti e Ferreira (2008), sentem a perda da liberdade e que suas vidas se limitam muito a cuidar do outro, não desfrutando de atividades de lazer, gerando infelicidade e desânimo.

Na Tabela 19, vê-se a associação da sobrecarga *reações às exigências* com as características do idoso (sóciodemográficas e relacionadas à doença e ao acompanhamento no ambulatório). Nessa associação, constata-se que apenas a variável *primeiro episódio de AVC* apresentou associação estatisticamente significativa com a sobrecarga *reações às exigências* ($p=4,7\%$).

Tabela 19: Associação entre a sobrecarga reações às exigências e as características relacionadas ao perfil sócio-demográfico do idoso, à doença e ao acompanhamento no ambulatório. Fortaleza-CE, 2010.

Variáveis	Reações às Exigências								p
	Leve		Moderada		Grave		Gravíssima		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Faixa etária									0,740
60-69	12	63,1	6	31,6	1	5,3	-	-	
70-79	14	77,8	3	16,7	1	5,5	-	-	
80-93	12	80,0	2	13,3	1	6,7	-	-	
Sexo									0,051
Feminino	22	84,6	4	15,4	-	-	-	-	
Masculino	16	61,5	7	27,0	3	11,5	-	-	
Procedência									0,846
Fortaleza	32	74,4	9	20,9	2	4,7	-	-	
Outra cidade do Ceará	5	62,5	2	25,0	1	12,5	-	-	
Outro Estado	1	100,0	-	-	-	-	-	-	
Estado civil									0,590
Solteiro (a)	2	66,7	1	33,3	-	-	-	-	
Casado (a)	21	70,0	6	20,0	3	10,0	-	-	
Divorciado (a)	2	100,0	-	-	-	-	-	-	
Viúvo (a)	13	76,5	4	23,5	-	-	-	-	
Primeiro episódio de AVC									0,047
Sim	30	83,3	5	13,9	1	2,8	-	-	
Não	8	50,0	6	37,5	2	12,5	-	-	
Tempo de ocorrência do AVC (ano)									0,187
< 1	13	86,7	2	13,3	-	-	-	-	
1-2	9	81,8	1	9,1	1	9,1	-	-	
3-6	8	61,5	5	38,5	-	-	-	-	
7-30	8	61,5	3	23,1	2	15,4	-	-	
Tempo de acompanhamento no ambulatório (ano)									0,241
Até 1	23	79,3	5	17,2	1	3,5	-	-	
2	5	55,6	2	22,2	2	22,2	-	-	
2-10	10	71,4	4	28,6	-	-	-	-	

n=52

Verifica-se na variável *primeiro episódio de AVC* que quando se tratava de mais um episódio de AVC, foi maior as sobrecargas moderada (37,5%) e grave (12,5%) (Tabela 19). Um maior número de episódios de AVC pode aumentar a perda funcional do idoso e, conseqüentemente, a quantidade e complexidade das tarefas de cuidado.

De fato, a intensidade do cuidado prestado varia de acordo com o grau de dependência funcional, e o potencial de sobrecarga do cuidador vai depender das necessidades do idoso na execução das atividades da vida prática e cuidados pessoais (GONZAGA *et al.*, 2009). Mas, para guiar a atuação e prevenir e/ou

diminuir sua sobrecarga, o cuidador familiar deve, segundo Laham e Silva (2005), ter cuidado na identificação da incapacidade funcional do idoso e de suas necessidades para perceber o que ele pode fazer sozinho, evitando um protecionismo exagerado.

Quanto à variável *sexo*, quando o idoso é do sexo masculino, maior a sobrecarga do cuidador para os graus moderado (27,0%) e grave (11,5%) (Tabela 19). Além das alterações de comportamento provocadas pela doença, quando o idoso é do sexo masculino, é comum apresentar atitudes negativas em relação ao cuidador, principalmente se for sua esposa, por não aceitação da relação de dependência e por ter perdido o poder decisório.

Em consequência do AVC, os déficits cognitivos e motores que acometem uma pessoa acarretam a redistribuição de papéis familiares em grande escala e o poder de decisão da pessoa acometida fica seriamente comprometido. Além disso, relações conflituosas anteriores à ocorrência do AVC podem ser agravadas, motivando a não aceitação do idoso à dependência da esposa para os cuidados com o corpo e com questões de ordem financeira (MARQUES; RODRIGUES; KUSUMOTA, 2006).

Na Tabela 20, encontram-se os dados da associação *reações às exigências* com a incapacidade funcional do idoso.

TABELA 20: Associação entre a sobrecarga reações às exigências e a incapacidade funcional do idoso. Fortaleza-CE, 2010.

Incapacidade Funcional	Reações às Exigências								p
	Leve		Moderada		Grave		Gravíssima		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Escala de Rankin Modificada	13	68,4	6	31,6	-	-	-	-	0,304
S/ incapacidade	12	70,6	3	17,6	2	11,8	-	-	
Incapacidade leve/moderada	13	81,3	2	12,5	1	6,2	-	-	
Incapacidade Grave									0,752
Escala de Barthel	6	85,7	1	14,3	-	-	-	-	
Dependente muito grave	5	71,4	1	14,3	1	14,3	-	-	
Dependente grave	7	77,8	1	11,1	1	11,1	-	-	
Dependente moderado	12	70,6	4	23,5	1	5,9	-	-	
Dependente leve	8	66,7	4	33,3	-	-	-	-	

n=52

Constata-se que não houve associação estatisticamente significativa entre *reações às exigências* e a variável *incapacidade funcional* do idoso, o que não significa que o grau de incapacidade funcional e a dependência do idoso acometido

por AVC isquêmico não influencie a sobrecarga em questão. A baixa frequência dos dados nas células pode ter interferido no valor de p.

Mas, ainda, pelos dados da tabela anterior, podem-se fazer algumas inferências. Primeiramente, a presença de incapacidade funcional motiva um maior grau de sobrecarga grave (18%) do que a não apresentação da incapacidade; o grau de dependência na sobrecarga leve não diferenciou muito entre si, isto é, o idoso pode apresentar alguma dependência independente da gravidade, podendo resultar em algum grau de sobrecarga para o cuidador.

5.4.5 Mecanismos de eficácia e controle

Cuidar de um idoso dependente no domicílio é tarefa cansativa, pois ocupa muito tempo do cuidador, visto que as atividades que envolvem o cuidado ao idoso se aliam a estas os afazeres domésticos que consomem outra parte do tempo, tendo, dessa maneira, que organizar as ações de modo a conseguir suprir a demanda de todos os trabalhos.

Em certas ocasiões, os cuidadores se sentem esgotados, sem condições para cuidar, porém como o idoso não pode realizar o autocuidado nem, muitas vezes, colaborar nos cuidados, o cuidador tem de realizar as atividades, superando as próprias dificuldades e limitações. Além disso, diante do desgaste pessoal e da dependência do outro, chega a se questionar se o familiar realmente não consegue cooperar nos cuidados, surgindo muitas vezes conflito interno e sentimento de culpa por estar em dúvida quanto à dependência do outro, que ocasiona a carga demasiada de ordem emocional (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004).

O exercício de cuidar do idoso acometido por AVC no domicílio é um aprendizado constante, baseado nas necessidades físicas e biológicas e de acordo com o nível de dependência do idoso. Conforme Cattani e Girardon-Perlini (2004), esse aprendizado é na maioria das vezes difícil pela inexperiência do cuidador, que precisa atender as demandas que vão surgindo no transcorrer do processo do cuidar e que necessitam ser aprendidas no enfrentamento do cotidiano.

Nesse sentido, vê-se a importância da orientação do cuidador, que beneficia não somente a recuperação do idoso, mas também proporciona maior tranquilidade e segurança ao cuidador e a toda família. Isso porque quando o cuidador é orientado está mais preparado para intervir adequadamente nas situações de cuidado, sem

que haja prejuízos a sua saúde física e emocional ou ao seu estilo de vida (LAVINSKY; VIEIRA, 2004).

Como em muitas situações assumir o papel de cuidador não foi uma opção, o treinamento e o preparo deste cuidador devem constituir preocupação central dos programas de atenção à saúde do idoso e de toda equipe de saúde, partindo do entendimento de que o cuidador é o elo entre o idoso e o restante da família, entre o idoso e a equipe e entre a equipe e o restante da família (LAHAM; SILVA, 2005).

Percebe-se, portanto, que uma doença crônica pode ser causa de transtornos, tanto para o portador como para o responsável pelo cuidado desse indivíduo, porque desempenhar este papel pode gerar mudanças e sobrecarga, bem como estresse, que poderá interferir na vida do cuidador (SIMONETTI; FERREIRA, 2008).

As situações de estresse que podem surgir, originam-se de demandas internas ou externas do indivíduo, sendo que é avaliado pelo mesmo de acordo com os recursos que disponibiliza para manter seu bem-estar (LAZARUS; FOLKMAN, 1991).

Os estímulos, que são provenientes de demandas ambientais e pessoais e que desencadeiam as reações ao estresse, podem se transformar em estressores, o que vai depender da maneira como o indivíduo os interpreta. Essa interpretação ocorre através de significados a ele atribuídos, experiências vividas e função cognitiva (LAZARUS; FOLKMAN, 1991).

Lazarus e Folkman (1991) trazem as estratégias de *coping* como mecanismos que têm as funções de gerenciar ou alterar o estressor, sendo classificadas como: centradas no problema, quando se faz uso do processo de solução de problema, como enumerar alternativas e escolher uma ação; centradas na emoção, quando há uma tentativa de aliviar ou regular o impacto emocional do estresse no indivíduo, mesmo que as condições da situação não tenham mudado.

Cuidar de um indivíduo idoso, dependente, portador de uma doença crônica, pode representar uma ameaça constante ao cuidador, já que esta situação é geradora de estresse (SIMONETTI; FERREIRA, 2008). Sendo assim, cada cuidador acaba encontrando mecanismos para se adaptar ou não, e/ou de enfrentamento bastante diversificados que vão depender de inúmeros fatores, que englobam aspectos culturais, emocionais, vivências anteriores e até mesmo características pessoais da pessoa cuidada e do cuidador.

Torna-se necessário, portanto, para que o cuidador desenvolva mecanismos adequados para uma adaptação satisfatória, capacitá-lo para o cuidado. Nesse sentido, Laham e Silva (2005) lembram que esta capacitação deve propiciar ao cuidador conhecimento sobre a doença e as demandas de cuidado, conforme o grau de dependência do idoso, e compreensão dos limites e possibilidades de seus cuidados, bem como de seus próprios limites.

Na Tabela 21, estão elencados os dados da associação da sobrecarga *mecanismos de eficácia e controle* com as características sócio-demográficas (faixa etária, sexo, residência, relação de parentesco e estado civil) e econômicas (escolaridade, situação profissional e renda familiar) do cuidador, tempo de cuidador e apoio recebido. Nenhuma variável relacionada apresentou associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$). Entretanto, mais uma vez o valor de p pode ter sido influenciado pelo grande número de células vazias.

Na variável *relação de parentesco*, a sobrecarga foi maior no grau grave (16,7%) e gravíssima (8,3%), quando o cuidador era cônjuge, e grave (9,1%) quando era filho ou filha (Tabela 21). A partir desse resultado pode-se inferir que o cuidador usa estratégias de *coping* centradas nos laços afetivos determinados pelo parentesco, isto é, centradas na emoção, o que pode gerar uma maior sobrecarga nessas situações. Segundo Simonetti e Ferreira (2008), esse tipo de estratégia não atua sobre o problema, mas sim ameniza situações que, supostamente, não possam ser modificadas.

A utilização de estratégias centradas na emoção se dá pelo fato de ser a única saída encontrada pelos cuidadores para lidarem com esta situação de estresse, visto que não há a possibilidade de se contratar outras pessoas para ajudarem no cuidado devido à questão financeira e por tentativas frustradas de divisão dos cuidados com outros familiares (SIMONETTI; FERREIRA, 2008).

Na variável *recebimento de apoio*, a sobrecarga foi maior nos níveis leve (65,2%) e gravíssimo (4,3%), quando recebeu apoio (Tabela 21), considerando que desempenhar a tarefa de cuidar de um indivíduo idoso com doença crônica por si só já é uma atividade desgastante que sobrecarrega o cuidador. Quando esta é assumida apenas por um familiar, tal atividade se torna ainda mais estressante, causando frustrações e perdas sociais (SIMONETTI; FERREIRA, 2008).

Tabela 21: Associação entre a sobrecarga mecanismos de eficácia e controle e as características sócio-demográficas e econômicas do cuidador, tempo de cuidador e apoio recebido. Fortaleza-CE, 2010.

Características	Mecanismos de eficácia e controle								p
	Leve		Moderada		Grave		Gravíssima		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Faixa etária									0,714
20-30	4	66,7	2	33,3	-	-	-	-	
31-40	6	66,7	2	22,2	1	11,1	-	-	
41-50	9	52,9	7	41,2	1	5,9	-	-	
51-60	7	70,0	1	10,0	2	20,0	-	-	
61-74	6	60,0	2	20,0	1	10,0	1	10,0	
Sexo									0,624
Feminino	30	62,5	12	25,0	5	10,4	1	2,1	
Masculino	2	50,0	2	50,0	-	-	-	-	
Residência									0,236
Junto ao idoso	24	61,5	9	23,1	5	12,8	1	2,6	
Separado do idoso	8	61,5	5	38,5	-	-	-	-	
Relação de parentesco									0,468
Cônjuge	7	58,3	2	16,7	2	16,7	1	8,3	
Filho (a)	20	60,6	10	30,3	3	9,1	-	-	
Outro*	5	71,4	2	28,6	-	-	-	-	
Estado civil**									0,359
Solteiro	14	73,7	3	15,8	2	10,5	-	-	
Casado	8	50,0	7	43,8	1	6,2	-	-	
Outro	3	60,0	2	40,0	-	-	-	-	
Escolaridade									0,378
Fundamental	8	57,1	3	21,4	2	14,3	1	7,2	
Ensino médio	15	62,5	6	25,0	3	12,5	-	-	
Ensino superior	9	64,3	5	35,7	-	-	-	-	
Situação profissional									0,248
Empregado	8	61,5	5	38,5	-	-	-	-	
Desempregado	17	56,7	7	23,3	5	16,7	1	3,3	
Aposentado	7	77,8	2	22,2	-	-	-	-	
Renda familiar***									0,315
Até 1	7	58,3	2	16,7	2	16,7	1	8,3	
2	10	62,5	4	25,0	2	12,5	-	-	
2-3	5	45,5	6	54,5	-	-	-	-	
3-6,5	10	76,9	2	15,4	1	7,7	-	-	
Tempo de cuidador (ano)									0,182
< 1	7	87,5	-	-	1	12,5	-	-	
1-2	6	42,9	6	42,9	2	14,2	-	-	
3-20	19	63,3	8	26,7	2	6,7	1	3,3	
Recebimento de apoio									0,387
Sim	15	65,2	6	26,2	1	4,3	1	4,3	
Não	17	58,6	8	27,6	4	13,8	-	-	
Tipo de apoio recebido									0,834
Família/amigo	12	60,0	6	30,0	1	5,0	1	5,0	
Instituição/serviço de saúde	2	100,0	-	-	-	-	-	-	
Outro	1	100,0	-	-	-	-	-	-	

n=52

*Vizinho, neto, sobrinha e nora.

**Estado civil dos cuidadores que não eram cônjuges.

***Salário mínimo (SM)= R\$ 465,00.

A falta de preparo e de conhecimentos é outra dificuldade enfrentada pelos cuidadores e que pode aumentar o estresse e, conseqüentemente, a sobrecarga. Essa situação é acentuada ainda mais quando o cuidador tem baixo nível de escolaridade, como pôde ser verificado neste estudo. Quanto menor a escolaridade do cuidador maior o grau de sobrecarga para grave/gravíssimo (21,5%) (Tabela 21). Diante desse contexto, a capacitação dos cuidadores familiares de idosos acometidos por AVC isquêmico é uma medida valiosa que pode oferecer orientações gerais sobre a doença e o cuidado propriamente dito, além de oferecer um espaço para que esse cuidador possa expor suas ansiedades e dificuldades, melhorando a qualidade do cuidado prestado.

Na Tabela 22 observa-se a associação da sobrecarga *mecanismos de eficácia e controle* com as características do idoso (sóciodemográficas e relacionadas à doença e ao acompanhamento no ambulatório), em que apenas as variáveis *procedência* ($p=2,9\%$) e *tempo de acompanhamento no ambulatório* ($p=1,1\%$) apresentaram associação estatisticamente significativa com esse componente de sobrecarga.

Morar fora da cidade de Fortaleza trouxe maior sobrecarga moderada (Tabela 22). As dificuldades de locomoção do idoso, desencadeadas pela sua capacidade funcional comprometida, associadas às dificuldades de ordem econômica e de transporte exigem do cuidador conhecimento e capacidade de decisão e de resolução de problemas que o sobrecarregam devido às várias estratégias que precisa lançar mão para trazer o idoso para as consultas programadas.

Na variável *tempo de acompanhamento no ambulatório*, vê-se que um tempo menor de um ano trouxe uma maior sobrecarga grave (13,8%), porque as avaliações do cuidado e seu impacto sobre a vida do cuidador podem mudar ao longo do tempo e do processo de cuidar, sendo que a percepção do ônus e do estresse tende a diminuir à medida que o cuidador vai se sentindo mais competente para cuidar (LAHAM; SILVA, 2005). Um maior período de acompanhamento do ambulatório implica maior tempo da doença e maior tempo no papel de cuidador.

Tabela 22: Associação entre a sobrecarga mecanismos de eficácia e controle e as características relacionadas ao perfil sócio demográfico do idoso, à doença e ao acompanhamento no ambulatório. Fortaleza-CE, 2010.

Variáveis	Mecanismos de eficácia e controle								p
	Leve		Moderada		Grave		Gravíssima		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Faixa etária									0,073
60-69	13	68,4	6	31,6	-	-	-	-	
70-79	11	61,1	2	11,1	4	22,2	1	5,6	
80-93	8	53,3	6	40,0	1	6,7	-	-	
Sexo									0,412
Feminino	15	57,7	9	34,6	2	7,7	-	-	
Masculino	17	65,4	5	19,2	3	11,5	1	3,9	
Procedência									0,029
Fortaleza	30	69,8	7	16,3	5	11,6	1	2,3	
Outra cidade do Ceará	2	25,0	6	75,0	-	-	-	-	
Outro Estado	-	-	1	100,0	-	-	-	-	
Estado civil									0,416
Solteiro (a)	3	100,0	-	-	-	-	-	-	
Casado (a)	19	63,3	7	23,4	3	10,0	1	3,3	
Divorciado (a)	-	-	1	50,0	1	50,0	-	-	
Viúvo (a)	10	58,8	6	35,3	1	5,9	-	-	
Primeiro episódio de AVC									0,147
Sim	20	55,6	12	33,3	4	11,1	-	-	
Não	12	75,0	2	12,4	1	6,3	1	6,3	
Tempo de ocorrência do AVC (ano)									0,438
< 1	8	53,3	4	26,7	3	20,0	-	-	
1-2	6	54,5	5	45,5	-	-	-	-	
3-6	8	61,5	3	23,1	1	7,7	1	7,7	
7-30	10	76,9	2	15,4	1	7,7	-	-	
Tempo de acompanhamento no ambulatório (ano)									0,011
Até 1	16	55,2	9	31,0	4	13,8	-	-	
2	4	44,4	5	55,6	-	-	-	-	
2-10	12	85,8	-	-	1	7,1	1	7,1	

n=52

Averiguou-se na variável *primeiro episódio de AVC* que quando não se tratava do primeiro episódio de AVC a sobrecarga do cuidador foi maior no nível grave/gravíssimo (12,6%) (Tabela 22). As atividades que parecem ser simples se tornam árduas e difíceis para quem nunca precisou enfrentá-las. Então, quando o idoso é acometido por um quadro de AVC isquêmico, caracterizado por manifestações clínicas abruptas, o cuidador se vê em uma situação nova e desconhecida.

O cuidar, que inicialmente abrange atividades simples que se limitam a ajudar na realização de atividades da vida diária, pode, gradativamente, ir se

complexificando e exigindo do cuidador conhecimento e habilidades de acordo com as necessidades físicas do idoso (CATTANI, R. B.; GIRARDON-PERLINI, 2004). Assim, o processo de tornar-se cuidador familiar é gerado no enfrentamento diário.

Na Tabela 23, estão os dados da associação entre *mecanismos de eficácia e controle* e a incapacidade funcional do idoso.

Tabela 23: Associação entre a sobrecarga mecanismos de eficácia e controle e a incapacidade funcional do idoso. Fortaleza-CE, 2010.

Incapacidade Funcional	Mecanismos de eficácia e controle								p
	Leve		Moderada		Grave		Gravíssima		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Escala de Rankin Modificada S/ incapacidade	12	63,2	5	26,3	2	10,5	-	-	0,695
Incapacidade leve/moderada	11	64,7	3	17,6	2	11,8	1	5,9	
Incapacidade Grave	9	56,2	6	37,5	1	6,3	-	-	
Escala de Barthel									0,862
Dependente muito grave	4	57,1	2	28,6	1	14,3	-	-	
Dependente grave	3	42,9	3	42,9	-	-	1	14,2	
Dependente moderado	6	66,7	2	22,2	1	11,1	-	-	
Dependente leve	11	64,7	4	23,5	2	11,8	-	-	
Independente	8	66,7	3	25,0	1	8,3	-	-	

n=52

As atividades de cuidado desenvolvidas estão relacionadas às condições dos idosos, por isso quanto mais comprometida for a sua autonomia, maior será a demanda e a complexidade das ações desenvolvidas pelo cuidador e maior seu envolvimento pessoal, causando uma maior sobrecarga. No entanto, pode-se verificar na Tabela 23 que não houve associação estatisticamente significativa entre *mecanismos de eficácia e controle* e a *incapacidade funcional* do idoso ($p > 0,05$).

De acordo com o grau de autonomia que os indivíduos idosos possuem, necessitam mais ou menos da atuação do cuidador. E, a forma como se constrói essa relação de dependência parcial ou total poderá gerar situações de estresse que, se não forem bem administradas, trarão sobrecarga (SIMONETTI; FERREIRA, 2008).

Essa sobrecarga também se dá pelo fato de que o aumento do grau de dependência do idoso gera para o cuidador dificuldades na execução do cuidado, mediante o temor de não conseguir realizar as atividades adequadamente. A falta de habilidade e de conhecimentos somente é substituída por segurança à medida que o cuidador é treinado e habilitado para tal fim.

5.4.6 Suporte familiar

Quando o idoso é acometido por uma doença crônica, inicialmente, o que se observa é que toda a família se vê sensibilizada e até assustada com o que está acontecendo e oferece todo e qualquer apoio tanto ao doente quanto à pessoa que se dispõe a cuidar do mesmo. Entretanto, ao longo do tempo, vai se instalando adaptação e aceitação do fato e o cuidador que assumiu tal responsabilidade se vê, na maioria das vezes, sozinho, sem qualquer tipo de ajuda, renunciando a sua própria vida, enquanto os outros cuidam dos seus projetos pessoais (SIMONETTI; FERREIRA, 2008).

Diante disso, o cuidador sente que a família não reconhece seu trabalho e não o apóia. Assim, Cattani e Girardon-Perlini (2004) esclarecem que o cuidador passa a “aguentar” cuidar do idoso e a se “conformar” com a situação, que muitas vezes lhe foi imposta ou gerada pela necessidade de o idoso ter um cuidador. Destacam também que essa situação é importante no decorrer do processo, pois dificilmente haverá mudança na condição de quem está cuidando.

O cotidiano do cuidado pode ainda gerar situações de conflito entre quem cuida, quem é cuidado e os demais integrantes da família, mas dificilmente altera essa condição, incentivando o cuidador familiar a sentir-se impotente diante da situação, percebendo-a como imutável. Essa situação acaba contribuindo para que o cuidador se resigne às circunstâncias impostas (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004).

Em virtude da falta de apoio, os cuidadores encontram muitas dificuldades no cotidiano do cuidar e se sobrecarregam, pois tendem a renunciar seus projetos pessoais por não terem com quem dividir o trabalho.

Embora os cuidadores necessitem da ajuda de outras pessoas, alguns cuidadores não a solicitam por sentirem a divisão de cuidados como um atestado de que não conseguem executar as tarefas de modo independente. Tal atitude de afastar pessoas que poderiam ajudar gera uma acomodação por parte de outros familiares, o que pode contribuir para aumentar o estresse do cuidador (LAHAM, SILVA, 2005).

Tabela 24: Associação entre a sobrecarga suporte familiar e as características sócio-demográficas e econômicas do cuidador, tempo de cuidador e apoio recebido. Fortaleza-CE, 2010.

Características	Suporte Familiar								p
	Leve		Moderada		Grave		Gravíssima		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Faixa etária									0,024
20-30	2	33,3	-	-	3	50,0	1	16,7	
31-40	6	66,7	1	11,1	-	-	2	22,2	
41-50	8	47,1	1	5,9	3	17,6	5	29,4	
51-60	4	40,0	1	10,0	2	20,0	3	30,0	
61-74	5	50,0	5	50,0	-	-	-	-	
Sexo									0,674
Feminino	23	47,9	8	16,7	7	14,6	10	20,8	
Masculino	2	50,0	-	-	1	25,0	1	25,0	
Residência									0,106
Junto ao idoso	17	43,6	8	20,5	5	12,8	9	23,1	
Separado do idoso	8	61,5	-	-	3	23,1	2	15,4	
Relação de parentesco									0,038
Cônjuge	4	33,4	6	50,0	1	8,3	1	8,3	
Filho (a)	17	51,5	2	6,1	6	18,2	8	24,2	
Outro*	4	57,1	-	-	1	14,3	2	28,6	
Estado civil**									0,156
Solteiro	7	36,8	2	10,6	3	15,8	7	36,8	
Casado	10	62,5	-	-	4	25,0	2	12,5	
Outro	4	80,0	-	-	-	-	1	20,0	
Escolaridade									0,082
Fundamental	5	35,7	4	28,6	2	14,3	3	21,4	
Ensino médio	11	45,8	2	8,3	3	12,5	8	33,4	
Ensino superior	9	64,3	2	14,3	3	21,4	-	-	
Situação profissional									0,110
Empregado	6	46,1	-	-	3	23,1	4	30,8	
Desempregado	13	43,3	6	20,0	4	13,3	7	23,4	
Aposentado	6	66,7	2	22,2	1	11,1	-	-	
Renda familiar***									0,068
Até 1	5	41,6	2	16,7	2	16,7	3	25,0	
2	4	25,0	5	31,3	1	6,3	6	37,5	
2-3	7	63,6	-	-	3	27,3	1	9,1	
3-6,5	9	69,2	1	7,7	2	15,4	1	7,7	
Tempo de cuidador (ano)									0,682
< 1	5	62,5	1	12,5	1	12,5	1	12,5	
1-2	6	42,9	1	7,1	4	28,6	3	21,4	
3-20	14	46,7	6	20,0	3	10,0	7	23,3	
Recebimento de apoio									0,244
Sim	13	56,5	4	17,4	4	17,4	2	8,7	
Não	12	41,4	4	13,8	4	13,8	9	31,0	
Tipo de apoio recebido									0,851
Família/amigo	10	50,0	4	20,0	4	20,0	2	10,0	
Instituição/serviço de saúde	2	100,0	-	-	-	-	-	-	
Outro	1	100,0	-	-	-	-	-	-	

n=52

*Vizinho, neto, sobrinha e nora.

**Estado civil dos cuidadores que não eram cônjuges.

***Salário mínimo (SM)= R\$ 465,00.

Na Tabela 24, encontra-se a associação entre a sobrecarga *suporte familiar* e as características sócio-demográficas (faixa etária, sexo, residência, relação de parentesco com o idoso e estado civil) e econômicas (escolaridade, situação profissional e renda familiar) do cuidador, tempo de cuidador e apoio formal e informal recebido. Apenas as variáveis *faixa etária* ($p=2,4\%$) e *relação de parentesco* ($p=3,8\%$) apresentaram associação estatisticamente significativa.

Na variável *faixa etária*, quanto mais jovem o cuidador menor a sobrecarga: leve (33,3%) e gravíssima (16,7%) (Tabela 24). Por ser mais jovem, o cuidador possui mais condições físicas para executar os cuidados e se sentir mais capaz de exercer seu papel, mesmo que sem o apoio de outros familiares.

Quanto à relação de parentesco, ser cônjuge configurou em menor sobrecarga leve (33,4%), grave (8,3%) e gravíssima (8,3%) (Tabela 24). Mais uma vez, destaca-se que os laços familiares e afetivos motivam o cônjuge a assumir o papel de cuidador por compromisso matrimonial, assumindo para si todas as tarefas, situação que não requer a necessidade de divisão de tarefas com outros familiares.

A presença na família de um idoso acometido por uma doença crônica como, o AVC, conforme Mendonça, Garanhani e Martins (2008), provoca profundas limitações econômicas para a mesma, já que a doença crônica implica uso contínuo de medicações e redução do número de pessoas que contribua para a renda familiar pelo abandono do trabalho pelo cuidador quando assume seu papel. Este impacto pode ser verificado na Tabela 24, cujos cuidadores com renda acima de três salários mínimos apresentaram sobrecarga gravíssima menor (7,7%).

Verifica-se que o auxílio da família costuma aparecer no início da instalação da doença, sendo que com o passar do tempo os familiares coadjuvantes se afastam, abandonando o cuidador principal (LAHAM; SILVA, 2005). Isso pode ser verificado quando se associa a sobrecarga *suporte familiar* com a variável *tempo de cuidador*, em que, apesar de não ter ocorrido associação estatisticamente significativa ($p>0,05$), o tempo de cuidador acima de três anos gerou maior sobrecarga no grau gravíssimo (23,3%) (Tabela 24).

Na variável *recebimento de apoio*, a sobrecarga foi maior no grau gravíssimo (31,0%), quando o cuidador não recebeu nenhum tipo de apoio (Tabela 24). Simonetti e Ferreira (2008) apontaram em estudo sobre estratégias de *coping*, desenvolvidas por cuidadores de idosos com doenças crônicas, que a falta de controle do estresse e, conseqüentemente, a geração de sobrecarga está

relacionada à falta de ajuda, no sentido de divisão de responsabilidades com outros membros da família, e não ao cuidar propriamente dito.

Situações como o aparecimento de familiares apenas de vez em quando para criticar o trabalho de quem está prestando os cuidados, bem como o afastamento de familiares, justamente, nos momentos de maior tensão e necessidade de ajuda podem repercutir na família e contribuir para o agravamento do quadro de estresse do cuidador (LAHAM; SILVA, 2005).

Tabela 25: Associação entre a sobrecarga suporte familiar e as características relacionadas ao perfil sócio-demográfico do idoso, à doença e ao acompanhamento no ambulatório. Fortaleza-CE, 2010.

Variáveis	Suporte Familiar								p
	Leve		Moderada		Grave		Gravíssima		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Faixa etária									0,660
60-69	9	47,3	2	10,5	4	21,1	4	21,1	
70-79	7	38,9	5	27,8	2	11,1	4	22,2	
80-93	9	60,0	1	6,7	2	13,3	3	20,0	
Sexo									0,111
Feminino	14	53,8	1	3,8	5	19,3	6	23,1	
Masculino	11	42,3	7	26,9	3	11,5	5	19,3	
Procedência									0,051
Fortaleza	20	46,5	7	16,3	5	11,6	11	25,6	
Outra cidade do Ceará	5	62,5	-	-	3	37,5	-	-	
Outro Estado	-	-	1	100,0	-	-	-	-	
Estado civil									0,076
Solteiro (a)	2	66,7	-	-	-	-	1	33,3	
Casado (a)	13	43,3	8	26,7	6	20,0	3	10,0	
Divorciado (a)	1	50,0	-	-	-	-	1	50,0	
Viúvo (a)	9	52,9	-	-	2	11,8	6	35,3	
Primeiro episódio de AVC									0,012
Sim	19	52,8	3	8,3	8	22,2	6	16,7	
Não	6	37,4	5	31,3	-	-	5	31,3	
Tempo de ocorrência do AVC (ano)									0,788
< 1	9	60,0	1	6,7	3	20,0	2	13,3	
1-2	4	36,3	2	18,2	3	27,3	2	18,2	
3-6	6	46,1	2	15,4	1	7,7	4	30,8	
7-30	6	46,1	3	23,1	1	7,7	3	23,1	
Tempo de acompanhamento no ambulatório (ano)									0,037
Até 1	17	58,6	4	13,8	4	13,8	4	13,8	
2	3	33,3	1	11,1	4	44,5	1	11,1	
2-10	5	35,7	3	21,4	-	-	6	42,9	

n=52

Na Tabela 25, tem-se a associação da sobrecarga *suporte familiar* com as características do idoso (sóciodemográficas e relacionadas à doença e ao acompanhamento no ambulatório). A variável *primeiro episódio de AVC* apresentou associação estatisticamente significativa com o componente de sobrecarga *suporte familiar* ($p=1,2\%$). Constata-se que quando se tratava de idosos com mais de um episódio de AVC isquêmico, maior o grau de sobrecarga moderada (31,3%) e gravíssima (31,3%). Quanto maior o grau de comprometimento da capacidade funcional, maior a necessidade de auxílio e a intensidade de cuidados (GONZAGA *et al.*, 2009), e, conseqüentemente, maior a necessidade de suporte e reconhecimento familiar para se minimizar a sobrecarga do cuidador no desenvolvimento de sua função.

A outra variável que apresentou associação estatisticamente significativa com *suporte familiar* foi *tempo de acompanhamento no ambulatório* ($p=3,7\%$), que significa que quanto maior o tempo de acompanhamento (no caso maior que dois anos), maior o grau de sobrecarga gravíssima (42,9%) (Tabela 25). A sobrecarga do cuidador tende a se estabilizar com o passar do tempo em virtude de diversos fatores, como o aprendizado (GONZAGA *et al.*, 2009), que é para ser foco de atuação dos profissionais nos serviços de saúde com o objetivo de contribuir para o processo de enfrentamento de dificuldades pelo cuidador, como a falta de apoio familiar. Esse dado pode estar refletindo alguma falha na atuação dos profissionais em relação ao cuidador familiar, que deveria ser foco de atenção durante as consultas do idoso.

Tabela 26: Associação entre a sobrecarga suporte familiar e a incapacidade funcional do idoso. Fortaleza-CE, 2010.

Incapacidade Funcional	Suporte Familiar								p
	Leve		Moderada		Grave		Gravíssima		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Escala de Rankin Modificada									0,087
S/ incapacidade	10	52,6	2	10,5	4	21,1	3	15,8	
Incapacidade leve/moderada	6	35,3	6	35,3	2	11,8	3	17,6	
Incapacidade Grave	9	56,3	-	-	2	12,5	5	31,2	0,603
Escala de Barthel									
Dependente muito grave	3	42,9	1	14,2	-	-	3	42,9	
Dependente grave	3	42,9	1	14,2	1	14,2	2	28,7	
Dependente moderado	6	66,7	1	11,1	1	11,1	1	11,1	
Dependente leve	5	29,5	4	23,5	4	23,5	4	23,5	
Independente	8	66,7	1	8,3	2	16,7	1	8,3	

n=52

Pela Tabela 26, percebe-se que não houve associação estatisticamente significativa do componente *sobrecarga familiar* com a *incapacidade funcional* ($p>0,05$), embora possa se constatar que quanto mais grave a incapacidade e a dependência do idoso maior o grau de sobrecarga gravíssima, 31,2% e 42,9%, respectivamente.

Em estudo sobre o impacto do AVC na família, Brito e Rabinovich (2008) destacaram a importância do apoio familiar no processo de reabilitação, mesmo nos casos mais graves, pois no caso de doenças crônicas, como é o caso do AVC, cujas mudanças são episódicas, o processo de reabilitação pode se prolongar por muito tempo.

O profissional enfermeiro, assim como toda a equipe de saúde, poderia desenvolver mecanismos que procurassem amenizar esta problemática. Uma forma de ajudar a estes cuidadores seria através dos atendimentos procurando envolver toda a família mais ativamente no processo de cuidar.

Como ações, poderia se atuar na educação para fornecer orientações básicas, com uma perspectiva encorajadora que possa de alguma maneira, minimizar suas dificuldades e auxiliar a família a planejar e providenciar os recursos necessários para um esquema de cuidado ao idoso, esclarecendo-a quanto aos seus direitos e aos recursos existentes na comunidade (SIMONETTI; FERREIRA, 2004).

Laham e Silva (2005) acrescentam nesta perspectiva a importância da equipe em orientar os cuidadores para a divisão de tarefas, em que várias pessoas se responsabilizem pelo cuidado, não havendo sobrecarga para ninguém.

O cotidiano de cuidado pode ser influenciado de forma positiva ou negativa pela dinâmica familiar, daí a importância do profissional enfermeiro e de toda equipe multidisciplinar conhecer a estrutura familiar como forma de favorecer as relações e adaptação da família às demandas (MARQUES; RODRIGUES; KUSUMOTA, 2006), e, assim, diminuir as sobrecargas do cuidador.

5.4.7 Satisfação com o papel de cuidador e com o familiar

Ao se analisar a interação do cuidador com o idoso dependente, percebe-se que o processo de tornar-se cuidador se dá de diferentes formas, de acordo com as características e os valores que constituem os elos de cada família.

A opção de assumir e desempenhar a tarefa de cuidador parece estar relacionada a fatores como disponibilidade, ao ser mulher, e ainda ao tipo de relacionamento afetivo com o idoso. Mas, não se pode negar que ser cuidador não é uma tarefa fácil, visto que o cuidador de um idoso dependente enfrenta uma situação sem muitas vezes dispor de ajuda financeira, física, afetiva e de informações necessárias para desempenhar tal função (NARDI, 2007).

Contudo, mesmo diante das diversas tarefas rotineiras e das dificuldades surgidas, os cuidadores encontram no seu dia a dia estímulo, coragem, amor e paciência para cuidar do outro, mesmo que tenham que se privar de algumas necessidades pessoais (NARDI, 2007).

Pode-se evidenciar também que existe um componente afetivo que conduz a atividade do cuidar, contribuindo para que, por exemplo, um cônjuge cuide do outro, pois sentimentos de carinho, amor e ternura são fatores importantes e influenciadores na escolha de tal papel.

Além disso, os cuidadores familiares em meio à solidão de ficarem inseridos somente no meio domiciliar, de não terem liberdade para realizar o que gostam, mesmo com a preocupação de cuidar do idoso doente e isto ser um fator gerador de dificuldades no enfrentamento pessoal, procuram reorganizar suas atividades de rotina e de vida para se sentirem, além de úteis, felizes consigo (CATTANI; GIRARDON-PERLIN, 2004).

O cuidador não tem apenas perdas e estresse, mas ganhos com o papel que exerce. O que influencia bastante este aspecto é a percepção que o cuidador tem acerca do impacto que as tarefas relativas aos cuidados prestados têm sobre sua vida e sua rotina diária (LAHAM; SILVA, 2005).

Laham e Silva (2005) apontam vários benefícios das atividades do cuidador: o aprendizado e a descoberta de habilidades próprias que o cuidador desconhecia; o sentimento de poder retribuir algo que o idoso fez por ele no passado; a atenção das pessoas que passam a admirá-lo pelo seu papel; o sentimento de orgulho por estar auxiliando o idoso em seu processo de reabilitação e melhora do quadro de saúde;

exercer uma função que dá sentido à vida, nas situações em que não exerce outras atividades além do seu papel de cuidador.

Na Tabela 27, encontra-se a associação da sobrecarga *satisfação com o papel e com o familiar* com as características sócio-demográficas (faixa etária, sexo, residência, relação de parentesco com o idoso e estado civil) e econômicas (escolaridade, situação profissional e renda familiar) do cuidador, tempo de cuidador e apoio formal e informal recebido. Pode-se verificar que as variáveis *faixa etária* ($p=4,4\%$), *relação de parentesco* ($p=1,6\%$), *escolaridade* ($p=0,9\%$) e *tempo de cuidador* ($p=4,3\%$) apresentaram associação estatisticamente significativa.

Em relação à *faixa etária*, quando o idoso apresentou idade acima de 50 anos maior o grau de sobrecarga moderada (60%) (Tabela 27). O cuidador nessa faixa etária já se encontra cansado e com certas limitações, e com as condições limitantes impostas pela doença do familiar que, segundo Marcon *et al.* (2006), leva a mudanças no estilo que reduzem, modificam ou geram insatisfação na vida social, o que, por sua vez, traz sentimentos de isolamento.

A situação de ser cônjuge trouxe menor sobrecarga do grau leve (58,4%) e grave (8,3%) do que ser filho (Tabela 27). A situação de cuidar do cônjuge gera menos conflito, por conta de o casal compartilhar de um mesmo projeto de vida, enquanto que para os filhos a exigência pode ser maior, já que os projetos de vida são diferentes e terão que ser redefinidos ou até mesmo abandonados se assumir o papel de cuidador (THOBER; CREUTZBERG; VIEGAS, 2005).

Em relação à variável *tempo de cuidador*, observa-se que para o tempo acima de três anos, menor a sobrecarga leve (73,3%) (Tabela 27). Com o passar do tempo, o cuidador passa a sentir menos a carga do cuidar, pois diminui a percepção do ônus e do estresse, mais presente no início do papel (LAHAM; SILVA, 2005).

Observa-se também que na variável *sexo* a sobrecarga leve foi maior quando o cuidador era do sexo masculino (Tabela 27). Catanni e Girardon-Perlin (2004) destacam que a obrigação e o dever embutidos no compromisso do matrimônio, unidos, talvez, por uma regra de ação moral determinada pelo expressivo traço cultural existente hoje em nossa sociedade, na qual a mulher é que detém o papel de cuidadora, embora o homem esteja se revelando neste processo, pode representar fatores que predispõem a mulher a tornar-se cuidadora e a se sentir mais satisfeita.

Tabela 27: Associação entre a sobrecarga satisfação com o papel e com o familiar e as características sócio-demográficas e econômicas do cuidador, tempo de cuidador e apoio recebido. Fortaleza-CE, 2010.

Características	Satisfação com o papel e com o familiar								p
	Leve		Moderada		Grave		Gravíssima		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Faixa etária									0,044
20-30	6	100,0	-	-	-	-	-	-	
31-40	9	100,0	-	-	-	-	-	-	
41-50	16	94,1	-	-	1	5,9	-	-	
51-60	6	60,0	3	30,0	1	10,0	-	-	
61-74	7	70,0	3	30,0	-	-	-	-	
Sexo									0,498
Feminino	40	83,3	6	12,5	2	4,2	-	-	
Masculino	4	100,0	-	-	-	-	-	-	
Residência									0,079
Junto com o idoso	31	79,5	6	15,4	2	5,1	-	-	
Separado do idoso	13	100,0	-	-	-	-	-	-	
Relação de parentesco									0,016
Cônjuge	7	58,4	4	33,3	1	8,3	-	-	
Filho (a)	32	97,0	1	3,0	-	-	-	-	
Outro*	5	71,4	1	14,3	1	14,3	-	-	
Estado civil**									0,209
Solteiro	19	100,0	-	-	-	-	-	-	
Casado	13	81,2	2	12,5	1	6,3	-	-	
Outro	5	100,0	-	-	-	-	-	-	
Escolaridade									0,009
Fundamental	8	57,2	5	35,7	1	7,1	-	-	
Ensino médio	23	95,8	-	-	1	4,2	-	-	
Ensino superior	13	92,9	1	7,1	-	-	-	-	
Situação profissional									0,285
Empregado	12	92,3	-	-	1	7,7	-	-	
Desempregado	25	83,4	4	13,3	1	3,3	-	-	
Aposentado	7	77,8	2	22,2	-	-	-	-	
Renda familiar***									0,379
Até 1	9	75,0	2	16,7	1	8,3	-	-	
2	14	87,5	2	12,5	-	-	-	-	
2-3	10	90,9	-	-	1	9,1	-	-	
3-6,5	11	84,6	2	15,4	-	-	-	-	
Tempo de cuidador (ano)									0,043
< 1	8	100,0	-	-	-	-	-	-	
1-2	14	100,0	-	-	-	-	-	-	
3-20	22	73,3	6	20,0	2	6,7	-	-	
Recebimento de apoio									0,939
Sim	19	82,6	3	13,1	1	4,3	-	-	
Não	25	86,2	3	10,4	1	3,4	-	-	
Tipo de apoio recebido									0,285
Família/amigo	17	85,0	2	10,0	1	5,0	-	-	
Instituição/serviço de saúde	2	100,0	-	-	-	-	-	-	
Outro	-	-	1	100,0	-	-	-	-	

n=52

*Vizinho, neto, sobrinha e nora.

**Estado civil dos cuidadores que não eram cônjuges.

***Salário mínimo= R\$ 465,00.

Apesar de que com a variável *recebimento de apoio* não houve associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$), a falta de apoio levou a uma maior sobrecarga de grau leve (86,2%) (Tabela 27). O cuidador mesmo diante da tentativa de readequação de sua vida, ainda enfrenta dificuldades, pois na ausência de cuidadores secundários, muitas vezes, o cuidador mesmo precisando realizar atividades extradomiciliares, deixa de realizá-las para não abandonar o idoso, situação que geraria muita preocupação no cuidador e aumentaria a sobrecarga.

Tabela 28: Associação entre a sobrecarga satisfação com o papel e com o familiar e as características relacionadas ao perfil sócio-demográfico do idoso, à doença e ao acompanhamento no ambulatório. Fortaleza-CE, 2010.

Variáveis	Satisfação com o papel e com o familiar								p
	Leve		Moderada		Grave		Gravíssima		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Faixa etária									0,262
60-69	16	84,2	3	15,8	-	-	-	-	
70-79	15	83,3	1	5,6	2	11,1	-	-	
80-93	13	86,7	2	13,3	-	-	-	-	
Sexo									0,194
Feminino	24	92,4	1	3,8	1	3,8	-	-	
Masculino	20	77,0	5	19,2	1	3,8	-	-	
Procedência									0,504
Fortaleza	35	81,4	6	13,9	2	4,7	-	-	
Outra cidade do Ceará	8	100,0	-	-	-	-	-	-	
Outro Estado	1	100,0	-	-	-	-	-	-	
Estado civil									0,845
Solteiro (a)	2	66,7	1	33,3	-	-	-	-	
Casado (a)	25	83,3	4	13,4	1	3,3	-	-	
Divorciado (a)	2	100,0	-	-	-	-	-	-	
Viúvo (a)	15	88,2	1	5,9	1	5,9	-	-	
Primeiro episódio de AVC									0,117
Sim	33	91,6	2	5,6	1	2,8	-	-	
Não	11	68,8	4	25,0	1	6,2	-	-	
Tempo de ocorrência do AVC (ano)									0,202
< 1	15	100,0	-	-	-	-	-	-	
1-2	10	90,9	1	9,1	-	-	-	-	
3-6	9	69,2	3	23,1	1	7,7	-	-	
7-30	10	76,9	2	15,4	1	7,7	-	-	
Tempo de acompanhamento no ambulatório (ano)									0,556
Até 1	26	89,7	2	6,9	1	3,4	-	-	
2	8	88,9	1	11,1	-	-	-	-	
2-10	10	71,4	3	21,4	1	7,2	-	-	

n=52

Na Tabela 28, está a associação da sobrecarga *satisfação com o papel e com o familiar* com características do idoso (sóciodemográficas e relacionadas a doença e ao acompanhamento no ambulatório). Pode-se verificar na mesma que nenhuma variável relacionada ao idoso apresentou associação estatisticamente significativa ($p>0,05$), o que não significa que não possa influenciar de alguma forma.

Na tabela a seguir, encontram-se os dados da associação entre *satisfação com o papel e com o familiar com a incapacidade funcional* do idoso.

Tabela 29: Associação entre a sobrecarga *satisfação com o papel e com o familiar e a incapacidade funcional* do idoso. Fortaleza-CE, 2010.

Incapacidade Funcional	Satisfação com o papel e com o familiar								p
	Leve		Moderada		Grave		Gravíssima		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Escala de Rankin Modificada S/ incapacidade	17	89,5	2	10,5	-	-	-	-	0,319
Incapacidade leve/moderada	13	76,4	2	11,8	2	11,8	-	-	
Incapacidade Grave	14	87,5	2	12,5	-	-	-	-	
Escala de Barthel									0,431
Dependente muito grave	7	100,0	-	-	-	-	-	-	
Dependente grave	5	71,4	2	28,6	-	-	-	-	
Dependente moderado	6	66,7	2	22,2	1	11,1	-	-	
Dependente leve	15	88,2	1	5,9	1	5,9	-	-	
Independente	11	91,7	1	8,3	-	-	-	-	

n=52

Também não foi encontrada associação estatisticamente significativa do componente *satisfação com o papel e com o familiar com a incapacidade funcional* ($p>0,05$) (Tabela 29). Mas, verifica-se que nas situações de incapacidade e dependência as sobrecargas em todos os graus foram mais elevadas.

O aumento da perda funcional do idoso, que traz aumento da quantidade e duração das tarefas são fatores geradores de estresse no cuidador (GONZAGA *et al.*, 2009), o que causa algum impacto sobre o bem-estar desse cuidador.

Percebe-se que o cuidador desenvolve sentimentos de satisfação e que, segundo Cattani e Girardon-Perlini (2004), redefine e redesenha seu papel em relação às tarefas do cotidiano e do cuidado com o passar do tempo, que mesmo sendo conturbado e cheio de dificuldades, permite a ele vislumbrar opções de lazer e descontração, procurando continuar a sua vida da melhor forma possível.

Apesar da satisfação com o papel e dos ganhos que o cuidador pode ter com os cuidados, não se pode esquecer do ônus causado por este papel que podem gerar sérios problemas de saúde pública, devido ao adoecimento de uma parcela da

população pela sobrecarga de trabalho. Adoecendo, estes cuidadores irão necessitar de cuidados também. Logo, torna-se cada vez mais necessário refletir sobre programas voltados para os cuidadores que visem, por um lado, diminuir a carga de trabalho e, por outro, propiciar mais lazer e alternativas de cuidado com a saúde (LAHAM; SILVA, 2005).

6 CONCLUSÕES

O estudo evidenciou que o aparecimento de doenças crônicas na velhice, como o AVC isquêmico, implica dependência e incapacidade funcional para o idoso no desempenho das atividades de vida diária e que o cuidador familiar, que assume a responsabilidade pelos cuidados, é imprescindível para o suporte de cuidado a esse idoso. Mas, assumir o papel de cuidador traz repercussões de ordem física, emocional e social para a vida desse familiar.

Os cuidadores em sua maioria do sexo feminino possuíam idade entre 41 a 50 anos, filhos ou cônjuges, residentes no mesmo domicílio do idoso, com ensino médio, desempregados e com renda familiar de 2,5 salários mínimos. A média de idade foi de 47,8 anos, porém vinte cuidadores apresentavam idade entre 51 e 74 anos, fato preocupante no que diz respeito à saúde física e emocional desses cuidadores, já que se encontravam também em processo de envelhecimento.

Além disso, os cuidadores, por serem em sua grande maioria do sexo feminino, acumulam vários papéis: de mãe, esposa, filha, dona de casa, dentre outros. Essa situação acarreta o acúmulo de tarefas por um longo período que, associado ao próprio processo de envelhecimento, sobrecarrega o cuidador no cotidiano familiar.

No tocante ao cuidado prestado, a maioria desses cuidadores está na função desde que o idoso adoeceu, indicando a não transferência de papéis. Além disso, a maioria não recebe nenhum tipo de apoio formal ou informal, sendo que entre os que recebem a família e/ou amigos representaram a principal fonte de apoio em 87% dos casos.

Verificou-se que os idosos apresentavam idade variando entre 60 e 93 anos, com média de 73,7 anos, a maioria era procedente de Fortaleza, casada e passavam pela primeira ocorrência da doença. Quanto à avaliação da incapacidade funcional, 32,7% apresentavam dependência leve e incapacidade leve a moderada.

Os dados mostraram que, de um modo geral, cuidar de um idoso acometido por AVC isquêmico resulta em sobrecarga. O estudo teve como sobrecarga predominante o grau leve a moderado em 92,3%. Nos sete componentes de sobrecarga (*sobrecarga emocional, implicações na vida pessoal, sobrecarga financeira, reações às exigências, mecanismos de eficácia e controle, suporte familiar e satisfação com o papel e com o familiar*) o grau predominante foi o tipo leve, variando de 48,1% a 84,6%.

Esses dados podem significar que o cuidador familiar, embora admita um desgaste emocional, físico e limitação da vida social, muitas vezes, esquece de si e não valoriza os aspectos negativos e os conflitos comuns ao longo do processo de cuidar que trazem sobrecarga, devido à complexidade das tarefas e à ambivalência de sentimentos envolvidos, somados aos laços de afetividade entre idoso e cuidador, que incentivam o cuidador a desempenhar seu papel por compromisso moral, retribuição ou até mesmo obrigação.

Dos sete componentes de sobrecarga avaliados, os de maior relevância foram *suporte familiar* (média 28,84) e *implicações na vida pessoal* (média 28,63); o de menor peso foi *satisfação com o papel e com o familiar* (média 9,80). Isso pode ser explicado pelo fato de que os dois componentes de maior relevância envolvem questões fundamentais que trazem ou não carga para o cuidado, como a falta de reconhecimento e de divisão de tarefas entre os membros familiares e comprometimento ou abandono do lazer e perda do trabalho. O componente de menor relevância evidenciou no estudo reações e sentimentos positivos em relação ao idoso cuidado e ao ato de cuidar, que pode também trazer benefícios para a vida do cuidador, apesar de ser uma tarefa difícil, cansativa e de muita responsabilidade.

Por fim, pode-se verificar que existe relação entre as sobrecargas do cuidador e a incapacidade funcional apresentada pelo idoso, sendo que a associação foi mais estatisticamente significativa nos componentes de sobrecarga que envolviam questões de carga emocional, implicações na vida pessoal do cuidador e problemas financeiros. Observou-se também que houve associação das sobrecargas com as características do cuidador, principalmente com faixa etária, relação de parentesco, local de residência, escolaridade, renda familiar e tempo de cuidador; e características do idoso, como primeira ocorrência do AVC e tempo de acompanhamento no ambulatório.

A preocupação com a saúde dos idosos e dos seus cuidadores deve ser focada por diferentes setores da sociedade de modo interdisciplinar a partir de propostas realmente efetivas que promovam a saúde de maneira integral de ambos e que visem à prevenção de sobrecargas do cuidador. Para tanto, faz-se necessário que o cuidador seja visualizado de forma integral, dentro do seu contexto socioeconômico, cultural e ambiental.

Também, é importante a formação de uma rede de apoio formal e informal. Logo, a formação de grupos de orientação para cuidadores de idosos dependentes é

uma estratégia que deve ser utilizada pelos profissionais de saúde, pois além de propiciarem orientações adequadas aos cuidadores também favorecem a interação social com outros cuidadores, propiciando a troca de experiências entre os mesmos. Outro aspecto importante é o desenvolvimento de programas de capacitação e acompanhamento dos cuidadores familiares, que necessitam ser orientados sobre os cuidados de saúde, bem como sobre noções sobre o AVC isquêmico.

Apesar dos avanços consideráveis, constitui-se na atualidade um grande desafio para o Sistema de Saúde e para a enfermagem estarem conscientes e preparados para atender o idoso e seu cuidador no contexto do cuidado domiciliar, procurando desenvolver ações que busquem alcançar os objetivos propostos e a efetiva implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e a saúde do cuidador familiar, visando o cuidado clínico de maneira integral e efetiva, para romper com as concepções dos modelos hegemônicos e construir novas possibilidades e modalidades de cuidado de enfermagem na rede de serviços de saúde.

Face ao envelhecimento populacional e ao impacto do cuidar de um idoso dependente no domicílio, espera-se que o presente estudo contribua para as discussões sobre a elaboração de políticas públicas de saúde voltadas para o idoso que apresente dependência e para os cuidadores familiares. Destaca-se também a necessidade da realização de mais estudos que avaliem as repercussões físicas, emocionais e sociais da sobrecarga do cuidador familiar de idoso acometido por doença crônica, como o AVC isquêmico, que pode trazer perdas na qualidade de vida do cuidador.

REFERÊNCIAS

ABREU, C. B. B.; PIRES, N. R. O papel do cuidador. In: ABREU, C. B. B.; RIBEIRO, M. I.; PIRES, N. R (Org.). **Cuidando de quem já cuidou**. São Paulo: Atheneu, 2009. cap. 4, p. 13-20.

ANDRADE, O. G. **Suporte ao sistema de cuidado familiar do idoso com acidente vascular cerebral a partir de uma perspectiva holística de saúde**. 2001. 224f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2001.

ANGELO, M. O contexto familiar. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. E. (Org.). **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000. cap. 3, p. 27-31.

BOCCHI, S. C. M.; ANGELO, M. Interação cuidador familiar-pessoa com AVC: autonomia compartilhada. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 729-738, jul./set. 2005.

BOCCHI, S. C. M. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): análise do conhecimento. **Rev. Latino Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 115-121, jan./fev. 2004.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R. Modification of Rankin Scale: recovery of motor function after stroke. **Stroke**, v. 19, n. 12, p. 1497-1500, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96. Decreto nº 93.333 de janeiro de 1987**. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*. 4 supl. 2: 15-25, 1996.

_____. DATASUS. **Dados sobre população idosa e internações por AVCI em 2008**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 23 ago. 2008a.

_____. Ministério da Saúde. **Programas e Projetos: doenças cardiovasculares**. 2000. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 27 set. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Ministério de Previdência e Assistência Social. **Portaria 1.395/GM de 10 de dezembro de 1999**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília (DF): MPAS, 1999.

BRITO, E. S.; RABINOVICH, E. P. Desarrumou tudo! O impacto do acidente vascular encefálico na família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 153-169, abr./jun. 2008.

CALDEIRA, A. P. S.; RIBEIRO, R. C. H. M. O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer. **Arq Ciênc Saúde**, Rio Grande do Sul, v. 11, n. 4, abr./jun. 2004.

CANEDA, M. A. G. *et al.* Confiabilidade de escalas de comprometimento neurológico em pacientes com acidente vascular cerebral. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 64, n. 3-A, p. 690-697, 2006.

CARPENITO-MOYET, L. J. **Compreensão do processo de enfermagem: mapeamento de conceitos e planejamento do cuidado para estudantes**. Porto Alegre: Artmed, 2007. 600p.

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. 06, n. 02, 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 12 jan. 2009.

CERQUEIRA, A. T. A. R.; OLIVEIRA, N. I. L. de. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. **Psicologia da USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 133-150, 2002.

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

CHAVES, M. L. F.; FINKELSZTEJN, A.; STEFANI, M. A. (Org.). **Rotinas em neurologia e neurocirurgia**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 861p.

COELHO, G. S. **Fundamental no cuidado junto ao idoso com Alzheimer: vivências e experiências de familiares cuidadores compartilhadas no diálogo grupal**. 2004. 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2004.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. cap. 9, p. 161-183.

DOMINGOS, A. M. **Cuidado familiar como questão do envelhecimento da enfermagem gerontológica**. 2003. 211f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2003.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem Gerontológica**. 5 ed, Porto Alegre: Artmed, 2005. p.30-35, 74-100 e 439-448.

FINKELSZTEJN, A. *et al.* Escalas em neurologia e neurocirurgia. In: CHAVES, M. L. F.; FINKELSZTEJN, A.; STEFANI, M. A. (Org.). **Rotinas em neurologia e neurocirurgia**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 811-849.

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

FREITAS, G. R. de. **Abordagem dos distúrbios psiquiátricos pós – AVC**. São Paulo: Segmento Farma, 2005. p. 34-47.

GAGLIARDI, R. J. **AVC- Acidente Vascular Cerebral: 50 FAQ – Frequently Asked Questions**. São Paulo: EPM- Editora de Projetos Médicos, 2006.

GIL, M. E.; BERTUZZI, L. D. Desafios para a psicologia no cuidado com o cuidador. **Bioética e Ética Médica**, Brasília, v. 14, n. 1, p. 49-59, 2006.

GOMES, M. A.; GOMES, M. B. A. Aspectos do estilo de vida e da capacidade funcional do portador de acidente vascular cerebral (AVC): um estudo de caso. **Revista Digital**, Buenos Aires, ano 11, n. 104, 2007.

GONZAGA, A. C. P. *et al.* O impacto do cuidar sobre o bem-estar do cuidador. In: ABREU, C. B. B.; RIBEIRO, M. I.; PIRES, N. R (Org.). **Cuidando de quem já cuidou**. São Paulo: Atheneu, 2009. cap. 13, p. 103-111.

GRATÃO, A. C. M. **Demanda do cuidador familiar com idoso demenciado**. 2006. 89f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2006.

HUYBRECHTS, K. F.; CARO, J. J. O Índice Barthel e Escala de Rankin modificada como ferramentas para o prognóstico de longo prazo os resultados após acidente vascular cerebral: uma análise qualitativa da literatura. **Current Medical Research e conclusões**, v. 23, n. 7, p. 1627-1636, jul. 2007.

JACOB FILHO, W. Envelhecimento e atendimento domiciliário. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. E. (Org.). **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Editora Atheneu, 2000. cap. 2, p. 19-26.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, jun. 2003.

KIPPER, D. J. A presença de cuidadores familiares nas instituições: questão de dignidade humana. **Bioética e Ética Médica**, Brasília, v. 14, n. 1, p. 29-39, 2006.

LAHAM, C. F.; SILVA, L. A. O cuidador. In: JACOB FILHO, W.; AMARAL, J. R. G. (Edit.). **Avaliação global do idoso**: manual da Liga do Gamia. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. cap. 15, 171-179.

LAVINSKY, A. E; VIEIRA, T. T. Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimentos dos familiares envolvidos. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 41-45, 2004.

LAZARUS, R. S. Coping Theory and Research: past, present, and future. **Psychosomatic Medicine**, v. 55, p. 234-247, 1993.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem**. Métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 330 p.

MARCON, S. S. *et al.* Famílias cuidadoras de pessoas com dependência: um estudo bibliográfico. **Online Braz J Nurs** [periódico na Internet], v. 5, n. 1. 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/rt/prINTERfriendly/145/40>>. Acesso em: 10 de out. 2009.

MARQUES, S.; RODRIGUES, R. A. P.; KUSUMOTA, L. O idoso após acidente vascular cerebral: alterações no relacionamento familiar. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.3, n. 14, p. 364-371, mai./jun. 2006.

MARTINS, T.; RIBEIRO, J. P.; GARRET, C. Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. **Psicologia, Saúde & Doença**, Lisboa, v. 4, n. 1, p. 131-148, 2003.

MENDES, P. B. M. T. Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano. In: KARSCH, U. M. **Envelhecimento com dependência**: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC, 1998. p. 171-198.

MENDONÇA, F. F.; GARANHANI, M. L.; MARTINS, V. L. Cuidador familiar de sequelados de acidente vascular cerebral: significado e implicações. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 143-158, 2008.

NARDI, E. F. R. **Apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente**. 2007. 111f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá, Paraná, RS, 2007.

NERI, A. L. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In: DUARTE, Y. A. de O.; DIOGO, M. J. E. (Org.). **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Editora Atheneu, 2000. cap. 4, p. 33-47.

NITRINI, R.; BACHESCHI, L. A. **A Neurologia que todo médico deve saber**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. p. 171-188.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificações 2007-2008. Porto Alegre: Artmed, 2008. 396p.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios da Bioestatística**. 2. ed. São Paulo: Thomson, 2004. p. 7-33.

PAVARINI, S. C. I.; NERI, A. L. Compreendendo dependência, independência, e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. E. (Org.). **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Editora Atheneu, 2000. cap. 5, p. 49-70.

PERLINI, N. M. O. G.; FARO, A. C. M. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. **Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 154-163, 2005.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. Método, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. cap. 1, p. 29-30.

PRADO, S. D.; SAYD, J. D. O ser que envelhece: Técnica, ciência e saber. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 001, p. 247-252, jan./mar. 2007.

RATES, H. F. **Cuidado de saúde do idoso, no domicílio**: implicações para as cuidadoras, no Distrito Ressaca - Município de Contagem/MG. 2007. 225f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2007.

SACCO, R. L. Patogênese, classificação e epidemiologia das doenças vasculares cerebrais. In: ROWLAND, L. P. **Merritt, tratado de neurologia**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. cap. 36, p. 255-269.

SANTOS, A. P. *et al.* Instrumentos de medida úteis no contexto da avaliação em fisioterapia. **Re (habilitar) - Revista da ESSA**, n. 1, edições Colibri, p. 131-156, 2005.

SANTOS, S. M. A.; RIFIOTIS, T. **Cuidadores familiares de idosos dementados**: uma reflexão sobre a dinâmica do cuidado e da conflitualidade intra-familiar. LEVIS - Laboratório de Estudos das Violências. 2006. Disponível em: <http://www.cfh.ufsc.br/~levis/Cuidadores%20Familiares%20de%20Idosos%20Dementados.htm>. Acesso em: 13 de out. 2009.

SCHWANKE, C. H. A.; FEIJÓ, A. G. S. Cuidando de cuidadores de idosos. **Bioética e Ética Médica**, Brasília, v. 14, n. 1, p. 83-92, 2006.

SILVA, L. **O processo de conviver com um idoso dependente sob a perspectiva do grupo familiar**. 2007. 157f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2007.

SILVA, M. J.; BESSA, M. E. P.; OLIVEIRA, A. M. C. Tamanho e estrutura familiar de idosos residentes em áreas periféricas de uma metrópole. **Ciência Y Enfermería**, Concepción, v. 10, n. 1, p. 31-39, 2004.

SILVA, M. J. *et al.* Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza-Ceará. **Acta Paul Enferm**, v. 19, n. 2, p. 201-206, 2006.

SIMONETTI, J. P.; FERREIRA, J. C. Estratégias de *coping* desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 42, n. 1, p. 19-25, 2008.

SOUZA, C. B. *et al.* O cuidado domiciliar de idosos acometidos por acidente vascular cerebral: cuidadores familiares. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 41-45, jan./mar. 2009.

THOBER, E.; CREUTZBERG, M.; VIEGAS, K. Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar. **Rev. Bras. de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 438-443, jul./ago. 2005.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PRÓ –REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO CUIDADOS CLÍNICOS EM SAÚDE**

SOBRECARGAS DO CUIDADOR FAMILIAR DE IDOSO COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO E O CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM

I – ENTREVISTA Nº: _____

II – CARACTERIZAÇÃO DO IDOSO:

2.1 – Idade: _____

2.2 – Sexo: Feminino Masculino

2.3 – Procedência: _____

2.4 – Estado civil: Solteiro (a) Casado (a)
 Divorciado (a) Viúvo (a)
 Outro

2.5 – Primeiro episódio de AVC? Sim Não

2.6 – Há quanto tempo ocorreu o episódio (ou primeiro episódio) de AVC? _____

Há _____ quanto tempo faz acompanhamento nesse ambulatório? _____

III – AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DO IDOSO:

3.1 – Classificação da incapacidade funcional:

Rankin Modificado Grau: _____

3.2 – Classificação da capacidade de realizar as atividades da vida diária:

ESCALA DE BARTHEL

INTESTINO: 0= Incontinente

1= Acidente Ocasional

2= Continente

BEXIGA: 0= Incontinente/Cateterizado e incapaz de manejar

1= Acidente ocasional

2= Continente

HIGIENE PESSOAL: 0= Necessita de ajuda

1= Independente para cuidado da face, cabelo, dentes, barbear

USAR O BANHEIRO: 0= Dependente

1= Necessita de alguma ajuda

2= Independente

ALIMENTAÇÃO: 0= Dependente

1= Necessita de alguma ajuda para, por exemplo, cortar, espalhar manteiga

2= Independente para todas as ações

TRANSFERIR-SE (DA
CADEIRA PARA A
CAMA):

- 0= Incapaz
1= Ajuda maior, pode sentar
2= Ajuda menor (verbal ou física)
3= Independente

CAMINHAR: 0= Incapaz

- 1= Independente em cadeira de rodas
2= Caminha com ajuda de alguma pessoa (verbal/física)
3= Independente (pode usar ajuda)

VESTIR-SE: 0= Dependente

- 1= Necessita de ajuda, mas faz metade
2= Independente (incluindo botões, zíperes e laços)

ESCADAS: 0= Incapaz

- 1= Necessita de ajuda (verbal/física)
2= Independente

BANHO: 0= Dependente

- 1= Independente

Chaves, M. L. F.; Finkelsztejn, A.; Stefani, M. A. (2008).

Classificação: () 0 - 04 – Dependente muito grave

() 05 -09 – Dependente grave

() 10-14 – Dependente moderado

() 15-19 – Dependente leve

() 20 – Independente

IV - CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADOR:

4.1 – Idade: _____

4.2 – Sexo: Feminino Masculino

4.3 - Reside na mesma habitação do paciente? Sim Não

Se não, qual o endereço: _____

4.4 – Relação com o idoso: Cônjuge Filho(a) Irmão(ã)
 Outro _____

4.5 – Se não for cônjuge, estado civil: Solteiro(a) Casado(a)
 Viúvo(a) Divorciado(a)
 Outro _____

4.6 – Escolaridade: Alfabetizado

- Fundamental Completo
 Incompleto
 Ensino Médio Completo
 Incompleto
 Ensino Superior Completo
 Incompleto

4.7 – Situação profissional no momento: Empregado (a)
 Desempregado (a)
 Aposentado (a)

4.8 – Se empregado, profissão: _____

4.9 – Renda familiar: _____

4.10 – Tempo de cuidador informal: _____

4.11 – Recebe apoio para cuidar: Sim Não

Se Sim, qual? _____

V – LEVANTAMENTO DAS QUESTÕES ACERCA DA SOBRECARGA FÍSICA, EMOCIONAL E SOCIAL

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFOMAL (QASCI)

<i>Sobrecarga emocional</i>	Não/ Nunca	Rara- Mente	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
1. Sente vontade de fugir da situação em que se encontra?	1	2	3	4	5
2. Considera que cuidar do seu familiar é psicologicamente difícil?	1	2	3	4	5
3. Sente-se cansado (a) e esgotado (a) por cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
4. Entra em conflito consigo mesmo (a) por cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
<i>Implicações na vida pessoal</i>					
5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?	1	2	3	4	5
7. Sente que perdeu o controle da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	1	2	3	4	5
8. Os planos que tinha feito para esta fase da vida têm sido alterados em virtude de estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
9. Acha que dedica muito tempo cuidando do seu familiar e que o tempo é insuficiente para cuidar de si mesmo?	1	2	3	4	5
10. Considera isto uma sobrecarga?	1	2	3	4	5
11. Tem dificuldade de planejar o futuro, diante da imprevisibilidade das necessidades do seu familiar?	1	2	3	4	5
12. Cuidar do seu familiar dá-lhe a sensação de obrigação?	1	2	3	4	5
13. Evita convidar amigos para sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?	1	2	3	4	5

14. Sua vida social, (p. ex. férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada?	1	2	3	4	5
15. Sente-se só e isolado (a)?	1	2	3	4	5
<i>Sobrecarga financeira</i>					
16. Tem sentido dificuldades econômicas por cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
17. Sente que seu futuro econômico é incerto, por cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
<i>Reações às exigências</i>					
18. Já se sentiu ofendido (a) e zangado (a) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
19. Já se sentiu constrangido (a) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
20. Sente que seu familiar o (a) solicita mais do que o necessário?	1	2	3	4	5
21. Sente-se manipulado (a) pelo seu familiar?	1	2	3	4	5
22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
<i>Mecanismos de eficácia e controle</i>					
23. Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta por cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
24. Sente capacidade para continuar cuidando do seu familiar por mais tempo?	1	2	3	4	5
25. Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
<i>Suporte familiar</i>					
26. A família (que não vive com você) reconhece o trabalho que tem por cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
27. Sente-se apoiado (a) pelos seus familiares?	1	2	3	4	5
<i>Satisfação com o papel e com o familiar</i>					
28. Sente-se bem por cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5

29. O seu familiar mostra gratidão pelo o que faz por ele?	1	2	3	4	5
30. Fica satisfeito (a), quando o seu familiar mostra satisfação por pequenas coisas (mimos)?	1	2	3	4	5
31. Sente-se mais próximo (a) do seu familiar por cuidar dele?	1	2	3	4	5
32. Cuidar do seu familiar tem aumentado a sua auto-estima, fazendo-o (a) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?	1	2	3	4	5

Martins, T.; Ribeiro, J. L. P.; Garrett, C. (2003).

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO INSTITUCIONAL

Após ter sido devidamente informado e esclarecido dos vários aspectos que envolvem a pesquisa **SOBRECARGAS DO CUIDADOR FAMILIAR DE IDOSO COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO E O CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM** dou o consentimento a Chrystiany Plácido de Brito Vieira para realizar esse estudo no referido serviço, estando ciente de que a pesquisa não irá interferir no fluxo normal deste serviço e tendo clareza dos benefícios que trará para ele.

Fortaleza, ____ de _____ de 2009.

Dr. Carlos Augusto Ciarlini Teixeira
Chefe do Ambulatório de Neurologia

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada **SOBRECARGAS DO CUIDADOR FAMILIAR DE IDOSO COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO E O CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM**, por apresentar-se como cuidador principal responsável pelo bem-estar, assistência e prestação de cuidado a idoso acometido por AVC isquêmico, independente de ser familiar ou não.

Esse estudo tem por objetivos: avaliar a sobrecarga física, emocional e social do cuidador familiar de idoso acometido por AVC isquêmico; descrever as características sócio-demográficas do cuidador familiar de idoso acometido por AVC isquêmico; verificar a existência de associação entre a sobrecarga física, emocional e social do cuidador, suas características sócio-demográficas e a incapacidade funcional do idoso; investigar o suporte familiar e a satisfação no papel de cuidador.

O procedimento adotado nesta pesquisa será realização de entrevista utilizando formulário.

Não haverá desconfortos e/ou riscos e nem benefícios diretos para o participante. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório que ao final possibilitará o entendimento da problemática.

Esclareço que as informações produzidas nas entrevistas somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa; o senhor (a) tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem prejuízo para o tratamento do idoso sob seus cuidados na Instituição; as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros participantes, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante; nenhum momento o (a) senhor (a) terá prejuízo financeiro.

Os dados e as informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, que será publicada em periódicos e apresentada em eventos científicos, para ampliar os conhecimentos sobre a temática.

Em qualquer etapa do estudo, o senhor (a) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal pesquisadora é **Chrystiany Plácido de Brito Vieira**, que pode ser encontrada no

endereço Rua Santa Quitéria 366, Bloco 3, Apart. 304, Montese, telefone (85) 9178-6871 – E-mail: chrystiany@bol.com.br. A orientadora é a Prof.^a Dr.^a Ana Virginia de Melo Fialho, que pode ser encontrada no endereço Rua Batista de Oliveira, 800, Ap. 600, Cocó, telefones (85) 3262-9593 e (85) 8733-9238 - E-mail: anavirginiampf@terra.com.br

Se o senhor (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUWC – Rua Capitão Francisco Pedro 1290, Rodolfo Teófilo; telefone: (85) 3366-8589 – E-mail: cephuwc@huwc.ufc.br.

Caso o senhor (a) se sinta suficientemente informado (a) a respeito das informações que leu ou que foram lidas para você sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes, da sua participação é voluntária e da não há remuneração para participar do estudo, e se o senhor (a) concordar em participar, solicitamos que assine no espaço abaixo.



Assinatura do Participante

Data ____ / ____ / ____

Assinatura da Testemunha

Data ____ / ____ / ____

Assinatura da Pesquisadora

Data ____ / ____ / ____

ANEXO A - ESCALA DE RANKIN DE INCAPACIDADE MODIFICADA

Grau 0 – Assintomático.

Grau 1 – Sintomas sem incapacidade. Capaz de realizar suas tarefas e atividades habituais prévias.

Grau 2 – Incapacidade leve. Incapaz de realizar todas suas atividades habituais prévias, mas capaz de realizar suas necessidades pessoais sem ajuda.

Grau 3 – Incapacidade moderada. Requer alguma ajuda para as suas atividades, mas é capaz de andar sem ajuda de outra pessoa.

Grau 4 – Incapacidade moderada e grave. Incapacidade de andar sem ajuda. Incapacidade de realizar suas atividades sem ajuda.

Grau 5 – Incapacidade grave. Limitado a cama. Incontinência e requer cuidados de enfermagem e atenção constante.

Grau 6 – Óbito.

Fonte: Bonita R.; Beaglehole, R. (1988).

ANEXO B – ESCALA DE BARTHEL

- INTESTINO: 0= Incontinente
 1= Acidente ocasional
 2= Contigente
- BEXIGA: 0= Incontinente/Cateterizado e incapaz de manejar
 1= Acidente ocasional
 2= Contigente
- HIGIENE PESSOAL: 0= Necessita de ajuda
 1= Independente para cuidado da face, cabelo, dentes, barbear
- USAR O BANHEIRO: 0= Dependente
 1= Necessita de alguma ajuda
 2= Independente
- ALIMENTAÇÃO: 0= Dependente
 1= Necessita de alguma ajuda para, por exemplo, cortar, espalhar manteiga
 2= Independente para todas as ações
- TRANSFERIR-SE (DA CADEIRA PARA A CAMA): 0= Incapaz
 1= Ajuda maior, pode sentar
 2= Ajuda menor (verbal ou física)
 3= Independente
- CAMINHAR: 0= Incapaz
 1= Independente em cadeira de rodas
 2= Caminha com ajuda de alguma pessoa (verbal/física)
 3= Independente (pode usar ajuda)
- VESTIR-SE: 0= Dependente
 1= Necessita de ajuda, mas faz metade
 2= Independente (incluindo botões, zíperes e laços)
- ESCADAS: 0= Incapaz
 1= Necessita de ajuda (verbal/física)
 2= Independente
- BANHO: 0= Dependente
 1= Independente

- Classificação: 0-04 – Dependente muito grave
 5-09 – Dependente grave
 10-14 – Dependente moderado
 15-19 – Dependente leve
 20 – Independente

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)