



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM

GERONTOLOGIA



RENATA VIEIRA DA COSTA

**ESTUDO DOS DETERMINANTES DA SOBRECARGA DO CUIDADOR
INFORMAL DE IDOSOS PÓS-ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

Recife

2018

RENATA VIEIRA DA COSTA

**ESTUDO DOS DETERMINANTES DA SOBRECARGA DO CUIDADOR
INFORMAL DE IDOSOS PÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Área de concentração: Gerontologia

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Gurgel da Costa.

Coorientadora: Prof^a.Dr^a.Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos

Recife

2018

C838e Costa, Renata Vieira da.
Estudo dos determinantes da sobrecarga do cuidador informal de idosos pós-acidente vascular cerebral / Renata Vieira da Costa. – 2018.
109 f.: il.; tab.; quad.; 30 cm.

Orientadora: Maria Lúcia Gurgel da Costa.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Recife, 2018.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Cuidadores. 2. Idoso. 3. Acidente vascular cerebral. I. Costa, Maria Lúcia Gurgel da (Orientadora). II. Título.

612.665 CDD (22.ed.) UFPE (CCS2018-320)

RENATA VIEIRA DA COSTA

**ESTUDO DOS DETERMINANTES DA SOBRECARGA DO CUIDADOR
INFORMAL DE IDOSOS PÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Aprovada em: 26/01/2018

BANCA EXAMINADORA:

Maria Lúcia Gurgel da Costa

(Orientador/PPGERO)

Depto de Fonoaudiologia- UFPE

Maria das Graças Wanderley de Sales Coriolano

(Membro titular interno/PPGERO)

Depto de Anatomia- UFPE

Ana Cláudia de Carvalho Vieira

(Membro titular externo/PPGERO)

Depto de Fonoaudiologia- UFPE

AGRADECIMENTOS

A gratidão me faz lembrar do passado como os desafios impostos no dia-a-dia para a realização desse mestrado. Mas, graças ao universo, tive a oportunidade e sabedoria para trilhar nessa caminhada.

Sou grata ao meu pai Alfredo e a minha mãe Iracema, pela grande inspiração para a realização dessa dissertação.

Sou grata a minha filha Luna e a meu marido Bernardo, pela compreensão nas horas de minhas ausências e o incentivo para concluir o mestrado.

A minha sobrinha Maria Júlia, pela grande ajuda e dedicação na digitalização do banco de dados.

Ao professor Artur Gomes de Moraes meus sinceros agradecimentos por toda ajuda na revisão e formatação dessa dissertação.

A minha orientadora, Prof^a. Dr^a Maria Lúcia, um presente do universo tê-la como minha orientadora, pois acreditou nos meus ideais e me incentivou. Obrigada pela oportunidade de aprendizado, crescimento e amizade.

À Prof^a. Dr^a. Maria das Graças e Ana Cláudia, pelas orientações pertinentes para melhoria da dissertação.

Às Prof^a. Dr^a. Marcia e Ana Paula, pelo empenho no planejamento e na execução do programa do Mestrado em Gerontologia, contribuindo para a concretização dessa etapa importante em minha vida.

Aos Docentes do Mestrado em Gerontologia, por compartilharem de seus conhecimentos e suas experiências para meu crescimento profissional.

Agradeço aos cuidadores e idosos, pela possibilidade de realização dessa pesquisa e, a partir dela, pela contribuição para o meu crescimento pessoal e profissional.

RESUMO

O envelhecimento populacional cursa com o aumento de doenças crônicas entre elas temos o acidente vascular cerebral (AVC), uma doença incapacitante, que pode causar perda da independência e da autonomia do idoso, levando-o, assim, a uma dependência e à necessidade de cuidados. O cuidado diário do indivíduo com essas limitações é muitas vezes, realizado por cuidadores informais. Assumir os cuidados de idosos pós -AVC pode provocar aos cuidadores informais estresse e sobrecarga. O objetivo dessa pesquisa foi analisar os determinantes da sobrecarga do cuidador informal de idosos pós-AVC. Esta pesquisa trata-se de um estudo transversal e analítico, realizado com 136 cuidadores informais e 136 idosos pós- AVC, no ambulatório do Hospital Pelópidas Silveira (HPS). Para avaliar a sobrecarga do cuidador foi utilizado o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) e para avaliar a funcionalidade dos idosos pós-AVC, a Medida de Independência Funcional (MIF), além de fichas para avaliar o perfil das duas populações. Para análise estatística do perfil pessoal, clínico e de assistência foi calculada a frequência percentual e distribuições, para comparar a prevalência dos níveis dos fatores avaliados foi aplicado o teste Qui-quadrado e posteriormente foi realizada uma análise multivariada incluindo os fatores que apresentaram significância de até 20% na análise bivariada.Quanto ao perfil dos cuidadores, a maioria eram mulheres, filhas de meia idade, com baixa escolaridade, a maioria prestavam assistência aos idosos de forma integral. Quanto ao perfil do idoso, grande parte era do sexo masculino, casado e com baixa escolaridade, apresentando idade média de 73,7 anos. O AVC isquêmico com hemiparesia à direita foi mais prevalente, como morbididades a hipertensão, diabetes, dislipidemia e tabagismo foram as doenças mais encontradas na população de idosos; 36% dos idosos apresentaram-se em situação de moderada dependência. O teste de associação foi significativo (p -valor $< 0,001$), mostrando que existe uma maior prevalência de sobrecarga no grupo de cuidadores de idosos dependentes. Na análise multivariada foi estatisticamente significativa com p -valor $< 0,05$ quando os cuidadores residiam com o idoso, apresentando 91% de risco a mais de desenvolver a sobrecarga e um risco de aproximadamente, 4 vezes maior quando o idoso apresentava dependência funcional. Dentre todas as variáveis estudadas na presente pesquisa, o fato de o cuidador residir com o idoso e a dependência funcional do idoso, foram os determinantes que tiveram associação com a sobrecarga do cuidador informal.

Palavras-chave: Cuidadores. Idoso. Acidente vascular cerebral.

ABSTRACT

Population aging is accompanied by an increase in chronic diseases, among them we have a stroke, an incapacitating disease, which can lead to loss of independence and autonomy of the elderly, thus leading to dependence and the need for care. The daily care of the individual with these limitations is often done by informal caregivers. Taking care of the elderly after CVA can cause informal carers to stress and overload. The objective of this research was to analyze the determinants of the informal caregiver burden of post-stroke adults. This research is a cross-sectional and analytical study carried out with 136 informal caregivers and 136 elderly post-stroke patients at the Pelopidas Silveira Hospital (HPS) outpatient clinic. In order to assess the caregiver's overload, the Informal Caregiver Overload Assessment Questionnaire (QASCI) was used to assess the functionality of the elderly post-stroke, the Functional Independence Measure (MIF), and to assess the profile of the two populations. For the statistical analysis of the personal, clinical and care profile, the percentage frequency and distributions were calculated, the Chi-square test was used to compare the prevalence of the factors evaluated. A multivariate analysis was then performed, including the factors that showed significance of up to 20% in the bivariate analysis. As for the profile of the caregivers, the majority were women, middle-aged daughters, with low schooling, most of them providing care to the elderly in an integral manner. As for the profile of the elderly, a large part were male, married and with low schooling, with a mean age of 73.7 years. Ischemic stroke with hemiparesis on the right was more prevalent, such as hypertension, diabetes, dyslipidemia and smoking were the most frequent diseases in the elderly population; 36% of the elderly were moderately dependent. The association test was significant (p -value <0.001), showing that there is a greater prevalence of overload in the group of caregivers of the elderly dependent. In the multivariate analysis it was statistically significant with p -value <0.05 when the caregivers lived with the elderly, presenting a 91% risk of developing an overload and a risk of approximately 4 times greater when the elderly presented functional dependence. Among all the variables studied in the present study, the fact that the caregiver resided with the elderly and the functional dependence of the elderly were the determinants that were associated with the overload of the informal caregiver.

Keywords: Caregivers. Aged. stroke.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Condições sociodemograficas do cuidador.....	28
Quadro 2 - Condições sociodemograficas do idoso.....	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição do perfil pessoal dos cuidadores de idosos.....	34
Tabela 2 - Distribuição do perfil de saúde do cuidador de idosos.....	36
Tabela 3 - Distribuição do perfil da assistência prestada pelo cuidador.....	37
Tabela 4 - Distribuição do perfil pessoal dos idosos.....	38
Tabela 5 - Distribuição do perfil clínico dos idosos.....	39
Tabela 6 - Média e desvio padrão da MIF segundo os domínios avaliados.....	40
Tabela 7 - Média e desvio padrão da MIF segundo os domínios e subdomínios avaliados.....	41
Tabela 8 - Média desvio padrão da MIF segundo os domínios e subdomínios e tarefas avaliadas.....	43
Tabela 9 - Análise descritiva dos escore QASCI segundo os domínios avaliados....	44
Tabela 10 - Análise de correlação entre os domínios da MIF com o escore total do QASCI.....	45
Tabela 11 - Distribuição da classificação da MIF e da QASCI.....	46
Tabela 12 - Distribuição da presença de sobrecarga no cuidador segundo o nível de dependência do idoso.....	47
Tabela 13 - Distribuição da presença de sobrecarga no cuidador segundo o perfil pessoal e de saúde.....	47
Tabela 14 - Distribuição da presença de sobrecarga no cuidador segundo perfil de assistência.....	49
Tabela 15 - Distribuição da presença de sobrecarga no cuidador segundo perfil pessoal do idoso.....	50
Tabela 16 - Distribuição da presença de sobrecarga no cuidador segundo o perfil de saúde do idoso.....	51
Tabela 17 - Ajuste de modelo de Poisson para sobrecarga do cuidador.....	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIVD's	Atividades instrumentais de vida diária
AVC	Acidente vascular cerebral
AVD's	Atividades de vida diária
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEP	Comitê de ética em pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DLP	Dislipidemia
DM	Diabetes Mélitus
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HC	Hospital das Clínicas
HPS	Hospital Pelópidas Silveira
IAM	Infarto agudo do miocárdio
IBGE	Instituto Brasileira de Geografia e Estatística
IMIP	Instituto Materno Infantil
MEEM	Mini exame do estado mental
MIF	Medida de independência funcional
OMS	Organização Mundial da Saúde
PADI	Programa de assistência domiciliar a idosos
QASCI	Questionário de avaliação sobrecarga do cuidador informal
SCQ	Sense of Competence Questionnaire
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de terapia intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
2.1	O ENVELHECIMENTO HUMANO.....	15
2.2	O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL COMO DOENÇA INCAPACITANTE EM DOSOS.....	16
2.3	O CUIDADOR INFORMAL DO IDOSO COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.....	17
2.4	INSTRUMENTOS PARA AVALIAR A CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS PÓS-AVC.....	20
2.5	ASPECTOS DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL DO IDOSO COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.....	21
3	OBJETIVOS.....	25
3.1	OBJETIVO GERAL.....	25
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
4	METODOLOGIA.....	26
4.1	DESENHO DO ESTUDO.....	26
4.2	LOCAL DE ESTUDO.....	26
4.3	PARTICIPANTES.....	26
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	27
4.5	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	27
4.6	VARIÁVEIS INVESTIGADAS.....	27
4.6.1	Variável dependente.....	27
4.6.2	Variáveis independentes.....	27
4.7	PROCEDIMENTOS DE COLETAS DE DADOS.....	30
4.8	INSTRUMENTO DE COLETAS DE DADOS.....	30
4.9	ANÁLISE DOS DADOS.....	31
4.10	ASPECTOS ÉTICOS.....	33
5	RESULTADOS.....	34
5.1	CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADOR.....	34
5.2	CARACTERIZAÇÃO DO IDOSO.....	37
5.3	ANÁLISE DESCRITIVA DA MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DO IDOSO – MIF.....	39

5.4	ANÁLISE DESCRITIVA DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL – QASCI.....	44
5.5	CORRELAÇÃO MIF x QASCI.....	45
5.6	CATEGORIZAÇÃO DA ESCALA MIF E DA ESCALA QASCI.....	45
5.7	FATORES PESSOAIS DO CUIDADOR X QASCI.....	47
5.8	FATORES PESSOAIS DO IDOSO X QASCI.....	50
5.9	ANÁLISE MULTIVARIADA PARA A SOBRECARGA DO CUIDADOR.....	52
6	DISCUSSÃO.....	53
6.1	DESCRITIVA DO PERFIL PESSOAL DO CUIDADOR.....	53
6.2	DISTRIBUIÇÃO DO PERFIL DE CLÍNICO DO CUIDADOR.....	55
6.3	DISTRIBUIÇÃO DO PERFIL DA ASSITÊNCIA DO CUIDADOR.....	56
6.4	DISTRIBUIÇÃO DO PERFIL PESSOAL DO IDOSO.....	58
6.5	DISTRIBUIÇÃO DO PERFIL CLÍNICO DOS IDOSOS	59
6.6	ANÁLISE DESCRITIVA DA MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA DOS IDOSOS.....	60
6.7	ANÁLISE DESCRITIVA DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL-QASCI	63
6.8	CORRELAÇÃO ENTRE A SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL E INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DO IDOSO.....	65
6.9	FATORES PESSOAIS DO CUIDADOR E DO IDOSO X SOBRECARGA.....	67
7	CONCLUSÃO.....	70
	REFERÊNCIAS.....	72
	APÊNDICE A -TERMO DE CONSENTIMENTO LEIVRE E ESCLARECIDO CUIDADOR.....	90
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LEIVRE E ESCLARECIDO IDOSO.....	94
	APÊNDICE C- PERFIL CUIDADOR.....	98
	APÊNDICE D- PERFIL IDOSO.....	99
	ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	100
	ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL (QASCI).....	103
	ANEXO C – ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL	106

(MIF).....	
ANEXO D-CARTA DE AUTORIZAÇÃO (QASCI)	108

1 INTRODUÇÃO

A redução de nascimentos, juntamente com o aumento na esperança de vida, tem levado a população brasileira a um envelhecimento de forma acelerada, devido à redução de crianças e jovens e por um aumento de idosos na população de uma forma geral (IBGE, 2013). O crescimento exponencial dessa população é visto no Brasil com uma projeção, para o ano de 2025, de um número de pessoas idosas equivalente a 32 milhões (NETTO; YUASO; KITADAI, 2005).

Esse envelhecimento populacional cursa com o aumento de doenças entre elas destaca-se as doenças cerebrovasculares (DUNCAN;CHOR; AQUINO, 2012). O acidente vascular cerebral (AVC) é um dos principais indicadores de mortalidade na população idosa (SANTOS; RODRIGUES; PONTES-NETO, 2016). “No Brasil a cada cinco minutos uma pessoa morre de AVC” (NETO, 2017).

Dados de pesquisas reafirmam a seriedade do problema, com uma maior prevalência tanto de AVC, quanto de incapacidade funcional na população de idosos e um aumento com o avançar da idade, principalmente nos idosos com 80 anos ou mais comparada aos idosos mais jovens. (CARMO; OLIVEIRA; MORELATO, 2016).

A incapacidade funcional pode ser definida como a dificuldade para realizar alguns movimentos e gestos, no dia a dia, ou mesmo por não ter condição de realizar a atividade por completo de forma autônoma e sociodemográfico (ROSA et al.,2003). Uma revisão de literatura realizada por Alves; Leite e Machado (2008) define a incapacidade funcional como a dificuldade de realização de atividades básicas ou mais complicadas ou de alguns gestos normalmente realizados no dia a dia.

Estudos revelam que grande parte das pessoas que sofreram um AVC ficam com sequelas (AZEREDO; MATOS,2003, NETO, 2017). Embora em muitos dos casos não se preconize que a pessoa com o AVC ficará dependente, se observa uma dificuldade para realizar as tarefas do cotidiano, fazendo com que o doente com menor autonomia necessite de alguém para os cuidados. Esta enfermidade, quando não mata, leva o indivíduo a incapacidades funcionais, trazendo consequências sociais e financeiras para o indivíduo e a família (AZEREDO; MATOS.2003, NETO, 2017).

Em domicílio, os cuidadores são, predominantemente, um integrante da família, que se incumbe do papel de cuidador do idoso incapacitado, assumindo, assim, toda a

responsabilidade na assistência (ROCHA; VIEIRA; SENA.,2008). Assumir o papel de cuidador informal de idosos com incapacidades foi retratado na pesquisa realizada por Fernandes e Garcia (2009b) como uma experiência que causa estresse e sobrecarga, onde o cuidador começa a ter restrição da sua própria vida.

Portanto, considerando o aumento da população idosa, o acidente vascular cerebral (AVC) como uma das doenças mais prevalentes e geradoras de incapacidades nessa população isso pode gerar sobrecarga no cuidador informal e comprometimento em sua qualidade vida, esta pesquisa foi motivada devido à relevância do tema e teve como objetivo principal analisar os determinantes da sobrecarga do cuidador informal do idoso pós-acidente vascular cerebral.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O ENVELHECIMENTO HUMANO

O envelhecimento populacional é um fenômeno crescente em todo o mundo. No Brasil, não acontece de forma diferente, onde essa situação vem causando mudança nas estruturas etárias e isso ocorreu por uma transição que antes era de uma situação de alta mortalidade e alta fecundidade para uma de baixa mortalidade e, gradualmente, baixa fecundidade. Junto com elevação da expectativa média de vida, isso vem levando a um panorama com aumento acelerado da população de pessoas idosas (CLOSS e SCHWANKE, 2012 e KALACHE; VERA; RAMOS, 1987).

Em 2015, existiam no planeta 901 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, compreendendo 12% da população do mundo e esta população, vem crescendo a uma taxa de 3,26 por cento por ano. Outro dado relevante é a expectativa para 2050 de quase 1,5 bilhões no aumento da população idosa no mundo. Esse crescimento irá acontecer, principalmente, em países em desenvolvimento como o Brasil (MELOROSE; PERROY; CAREAS, 2015; SUZMAN; BEARD, 2011).

O indivíduo idoso pode ser classificado por idade, segundo as nações unidas com a partir de 60 anos, em países em desenvolvimento e 65 anos para países desenvolvidos. Porém independentemente da idade, é importante entender que a idade em anos não é um marcador ideal para definir o idoso, pois este idoso precisa ser visto na sua integralidade e dimensão, além dos papéis sociais, a sua idade biológica e psicológica todas devem ser consideradas (OMS, 2005). Na legislação brasileira, são considerados idosos pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos (BRASIL, 2004).

O envelhecimento populacional continuará de forma mais rápida nos países em desenvolvimento e ainda mais nos próximos anos. A expectativa de vida de idosos com mais de 60 vem crescendo e continuará crescendo nas próximas décadas (KALACHE, 2008).

O envelhecimento é considerado um processo diferente para cada pessoa, de modo que cada um vivencia essa fase da vida de forma singular, tendo em conta, além de todos os aspectos estruturais (classe, gênero e etnia) a ele relacionados, aspectos derivados como saúde, educação e condições econômicas (MINAYO ; COIMBRA JUNIOR, 2002).

2.2 O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL COMO DOENÇA INCAPACITANTE EM IDOSOS

Com o avançar da idade, o acidente vascular cerebral (AVC), vem se tornando um importante problema de saúde entre a população de pessoas mais idosas (SANTOS; RODRIGUES; PONTES-NETO, 2016).

As doenças cerebrovasculares são a segunda principal causa de enfermidades que levam ao maior número de mortalidade no mundo e existem indícios de que essa posição tende a se manter até 2030. A incidência do acidente vascular cerebral se eleva com o avançar dos anos, havendo relatos de que essa prevalência aumenta em indivíduos com mais de 65 anos, assim como também os fatores de riscos para tal doença nesta população (BRASIL, 2013; GILES; ROTHWELL, 2008 e RODGERS, GREENAWAY; DAVIES, 2004).

Segundo Bensenor, Goular e Szwarcwald (2015), na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), onde se avaliou a prevalência e incapacidade por AVC no Brasil, foi estimado um total de 2.231.000 pessoas com AVC e 568.000 com incapacidade grave. Esta incapacidade variava de 25% para 35% da amostra na população de pessoas idosas.

O acidente vascular cerebral pode ser dividido em dois grupos principais: o acidente vascular cerebral *isquêmico* e *hemorrágico*. O AVC *isquêmico* é causado por uma obstrução de uma ou mais artérias que levam sangue ao cérebro. Esta oclusão pode acontecer diretamente no local (acidente isquêmico trombótico), ou ser um trombo formado em determinada parte do corpo e percorrer a corrente sanguínea até chegar em alguma artéria no cérebro e obstruir, esse é o isquêmico embólico (OMS, 2006).

O AVC hemorrágico *intracerebral* é causado pelo rompimento de uma ou mais artérias do cérebro levando a sangramento, perda de oxigenação no local afetado e morte do tecido cerebral nesta área (OMS, 2006).

Entre os principais sintomas gerados pelo AVC temos a hemiplegia ou hemiparesia. Sinal clássico da patologia, essa é um dos problemas frequentes, que levam a dificuldade na forma de andar, onde poderão ser alterados a velocidade da marcha, cadência, simetrias, tempo e comprimento de passos. Porém, os sobreviventes do AVC podem também desenvolver outras incapacidades, além de sequelas de ordem física, como problemas de cognição e emocionais (SCHUSTER ;DALBOSCO, 2007 e FALCÃO et al., 2004).

Em consequência à permanência das sequelas incapacitantes após o AVC, alguns pacientes podem apresentar restrição para realizar Atividades da Vida Diária (AVD's), por

alterações da sua autonomia e independência, o que pode causar modificações e 17ociodemogr em suas vidas (PEREIRA et al., 2013).

Segundo Falcão e colaboradores (2004) numa pesquisa com pacientes com AVC, observou-se que a incapacidade motora foi atribuída, basicamente, à redução dos movimentos do hemicorpo, a seguir de membro inferior e, em menor proporção, por redução dos movimentos de membro superior. Uma outra incapacidade referida foi a de comunicação, sendo a afasia (de compreensão ou motora) um problema importante que ocorreu na maior parte da população estudada. Foi observado, também, que esse problema de comunicação foi relacionado à depressão do idoso.

Os idosos acometidos pelo AVC podem apresentar muita dificuldade para o enfrentamento dos obstáculos e de seu próprio cuidado, na fase aguda da doença, fazendo com que se não sintam firmes para realizar tais cuidados e também se sintam negativos (SILVIA et al., 2015).

Algumas dessas dificuldades, como a de locomoção, causam isolamento social e problemas nas relações com alguns da família. Muitos desses idosos acometidos pelo AVC, por não se conformarem com as novas limitações, apresentam dificuldades na colaboração nos cuidados, podendo levar a impaciência do familiar cuidador(PIROPO et al., 2010).

Portanto, é nesse contexto que surge um personagem de grande importância para a função do cuidar desses idosos, o cuidador informal, o qual chega com a necessidade de cuidar desses idosos com incapacidades, na função de ajudar nas tarefas do dia-a-dia impostas pela incapacidade (PEREIRA et al., 2013).

2.3 O CUIDADOR INFORMAL DO IDOSO COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

O cuidador informal pode ser uma pessoa da família, como esposa (o), filha (o), irmão (ã), ou alguém da comunidade, sem laços sanguíneos, como amigos e vizinhos, pessoas, que se dispõem a cuidar do idoso sem receber dinheiro como em um trabalho, acontecendo de forma voluntária. Este geralmente é “escolhido” por ter uma melhor por necessidade, uma boa relação com o idoso e por apresentar mais tempo para os cuidados (BORN, 2008, p. 300).

Os cuidadores informais podem ser classificados como *principais* ou *primários*, quando são responsáveis pelo cuidado ao idoso na maior parte das tarefas, de forma integral e nas decisões que devem ser tomadas com o idoso. Os *secundários* podem até realizar as

mesmas tarefas, porém a diferença em relação aos cuidadores principais é um menor nível de responsabilidades em relação ao idoso, atuando apenas em alguns momentos, revezando com o principal, auxiliando nas tarefas complementares. Já os cuidadores *terciários*, são aqueles que não têm a responsabilidade nos cuidados ao idoso, e seguem apenas auxiliando ou substituindo por pequenos períodos os cuidadores principais, realizando tarefas pontais (BRITO et al., 2011).

É visto que as estruturas familiares estão passando por transformação, nos padrões tradicionais das funções familiares, devido a fatores sociais, econômicos e demográficos. Apesar da inserção da mulher no mercado de trabalho e da redução da quantidade de filhos dentro do lar, os cuidados de redes informais de apoio ainda são assumidos por filhos, parentes e amigos (FONSECA; SOARES, 2006). O cuidado com o idoso ocorre em uma relação de troca entre gerações, de acordo com fatores econômicos e ideológicos (NERI; SOMMERHALDER, 2012). A vida mais longa e a menor quantidade de filhos fazem com que seja mais comum que as famílias sejam multigeracionais (PLOUFFE, VOELCKER; KALACHE, 2015).

Devido ao contexto socioeconômico, os jovens tendem a retardar sua saída de casa, ficando mais tempo e tendo que se relacionar com outras gerações (WACHHOLZ; FIAMONCINI, 2006). A relação de troca não remunerada ou voluntária entre o idoso e seus filhos, muitas vezes ocorre da seguinte forma: o idoso presta assistência ao lar e aos netos e em troca, quando necessário, recebe ajuda dos filhos. Esse tipo de relação permite que os filhos tenham condições de trabalhar fora de casa. Isso é visto com grande importância na contribuição social e econômica no Brasil (OMS, 2005, NERI ; SOMMERHALDER, 2012).

A constituição Federal, no ART.230, diz que “a família, a sociedade e o estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida”. Ou seja, também é dever do estado a assistência ao cuidado, não devendo tal tarefa ser só atribuição da família ou da comunidade (BRASIL,1988). Embora a constituição e políticas públicas apontem que a família é um dos responsáveis pelas necessidades do idoso, o sistema previdenciário, público ou privado, não prevê formas de auxiliarem as redes de apoio informal na assistência aos idosos dependentes (CALDAS, 2003).

Assim, via de regra, a família é a grande executora de cuidados e, muitas vezes, existem conflitos entre os membros, por conta das responsabilidades e dedicação do cuidar de um familiar com sequelas do AVC, visto que a doença pode implicar alterações que podem ser passageiras ou não, de acordo com a região acometida, o nível da lesão e a capacidade individual de recuperação (PEDREIRA; LOPES, 2010).

O cuidar de alguém acometido por AVC, em domicílio, tem se tornado cada vez mais frequente no cotidiano das famílias, devido à alta precoce dos hospitais, pois a fase final da recuperação tende a acontecer no domicílio. Assim, frequentemente, essas famílias e esses pacientes devem reorganizar suas vidas e seus lares, de modo que possam assumir tais cuidados (PERLINI; FARO, 2005).

Alguns cuidadores de pacientes com AVC, após a alta hospitalar e o retorno aos seus lares, mostraram em uma pesquisa (OLIVEIRA; GARANHANI.M.L.GARANHANI.M.R, 2011) que vivenciaram sentimentos de ambivalência, pois em alguns momentos estavam felizes e cheios de esperanças, por seu parente ter sobrevivido e por terem expectativas em relação à recuperação dos mesmos e, por outro lado, sentiram sensação de estresse, angústia e tristeza profunda. Outros sentimentos muito intensos relatados pelo cuidador de idosos com sequela de AVC, na mesma pesquisa, foram os sentimentos de desespero, medo e insegurança, que tinham relação com o receio e a possibilidade de morte do seu familiar querido e por não saberem como iria se comportar o futuro daqui para frente.

A tristeza e a agustia são fatores fortemente experimentados pelos cuidadores familiares de idosos com sequelas de AVC, por se sentirem fracos e confrontados às dificuldades que seus parentes desencadeiam pelas sequelas do acidente vascular cerebral. Isso geralmente ocorre devido à perda da independência e autonomia e por eles, muitas vezes, perderem suas próprias identidades e personalidades (REIS; PEREIRA; SILVA, 2017).

Um outro sentimento que também é experimentado pelo cuidador informal do idoso com AVC é a ansiedade e o nervosismo, que foi um relato frequente nas falas dos cuidadores, no momento em que o doente não consegue realizar algumas tarefas. Esse sentimento afeta o cuidador, levando-o a um cansaço e a se sentir sobrecarregado. (LAVINSKY; TEIXEIRA VIEIRA, 2004)

A qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos dependentes pode ser afetada de forma negativa. Seja pela alteração das rotinas e pelo tempo dedicado ao cuidado, sem ter

orientação adequada ou o suporte de profissionais da saúde para a assistência aos cuidados (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008).

Portanto, a incapacidade física causada pela doença no idoso é um dos fatores que provoca mudanças nos arranjos dos membros da família, causando alterações na posição de cada um dentro dela. Assim, a tarefa de cuidar de alguém, tende a somar-se a outras atividades que podem levar o cuidador a uma fadiga física, depressão, abandono do trabalho, alterações na vida conjugal e familiar. A pressão e a exaustão da tarefa do cuidar podem ser prejudiciais não só para quem cuida como também para quem recebe o cuidado (BRASIL, 2008).

2.4 INSTRUMENTOS PARA AVALIAR A CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS PÓS-AVC

Para mensurar a capacidade funcional, alguns instrumentos utilizam medidas para fornecer um escore ou um aspecto da incapacidade. As atividades de vida diária (AVD's), atividades instrumentais de vida diária (AIVD's) e a mobilidade são os indicadores mais utilizados para avaliar a incapacidade e universalmente mais aceitos na literatura. A incapacidade se mensura de acordo com o grau de dificuldade ou a necessidade de ajuda ou impossibilidade de fazer certas tarefas (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

Existem muitos instrumentos para avaliar a capacidade funcional de pacientes pós-AVC, entre os quais se destacam o *Índice de Barthel*, o *Índice de Katz de Atividades de Vida Diária* e o *Perfil PULSES*. Porém a maioria é focado no em avaliar a funcionalidade a nível motor, que diferente do *Instrumento de Medida de Independência Funcional (MIF)*, avalia também a nível cognitivo (RIBERTO et al., 2001). Riberto et al., (2004) validaram esse instrumento, desenvolvido para avaliação de pacientes com AVC, pela Academia Americana de Medicina Física e Reabilitação, para o Brasil, junto com um grupo de pesquisadores médicos-fisiatras da Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas da USP. A *MIF* é, portanto, capaz de medir o grau de necessidades de cuidados que o paciente portador de sequelas com AVC, necessita para realização de tarefas tanto motoras quanto cognitivas.

A *MIF* mede a incapacidade, não a deficiência. Ela tem por objetivo medir o que o indivíduo com incapacidade realiza, não o que ele poderia ou deveria realizar em situações diferentes (BENVEGNU; GOMES; SOUZA, 2008).

Cecatto e Almeida (2010) observaram, em sua pesquisa, que era de extrema importância dispor de uma avaliação documentada, rigorosa e consistente em cada estágio do acidente vascular cerebral, para direcionar a recuperação e tomadas de decisões do tratamento e monitorar o progresso do paciente, estes utilizaram a MIF. Nessa mesma perspectiva, Riberto et al., (2007) realizaram um estudo, cujo objetivo foi avaliar os ganhos obtidos pelos pacientes com lesão encefálica sob reabilitação ambulatorial, utilizando a MIF. Observaram que foi possível ver ganhos estatisticamente significativos em todas as atividades motoras e cognitivas no período entre o início e o final do programa de reabilitação.

Em outra investigação, a MIF, foi utilizada com objetivo de avaliar o desempenho dos idosos com sequelas do acidente vascular cerebral. Descobriu-se que a maioria dos idosos participantes apresentavam dependência modificada e necessitava de assistência para realizar as atividades de vida diária em até 50% (VIANA et al., 2008). O estudo apontou, assim, que a utilização da MIF se mostrou um instrumento adequado para a população de idosos com sequelas de acidente vascular encefálico.

A MIF foi utilizada em um outro trabalho para avaliar a idade como variável preditiva de funcionalidade após AVC, em um grupo de pessoas jovens, mais velhas e um grupo controle e pôde observar que os resultados eram equivalentes aos que se constavam na literatura onde a idade parece ser um fator de prognóstico após AVC (TOMÁS et al., 2009).

O instrumento MIF foi utilizado, também, em uma pesquisa com acompanhamento no ambulatório de reabilitação, na qual foi empregado um protocolo em um recorte de 6 meses, associado ao uso de toxina botulínica ao final do quarto mês, em paciente com AVC e o resultado observado foi a melhor percepção do membro superior acometido e ganho de independência e maior autonomia nas Atividades da Vida Diária (AVD's). Essa relação foi aferida pela MIF e obteve valores significativos (THAME et al., 2010).

A reabilitação de indivíduos com AVC deve ser realizada baseando-se em avaliação criteriosa para identificar os problemas neurológicos e, assim, a MIF deve ser usada a fim de direcionar o tratamento e acompanhar a evolução funcional desses pacientes (CARVALHO; GUSMÃO; MATOS, 2013).

2.5 ASPECTOS DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL DO IDOSO COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

No início da assistência prestada a pacientes com sequelas de AVC, a recuperação da doença é alocada como o foco principal, porém esse foco vai se modificando com o passar do tempo, levando o cuidador à solidão, desgastes e sobrecarga, física e mental, que podem o levar a um adoecimento, pois, além de prestar assistência ao doente, muitas vezes precisa também assumir outras tarefas para com a família (BICALHO; LACERDA; CATAFESTA, 2008). Também acontece a sobrecarga quando os cuidados da assistência fica responsável em apenas uma pessoa da família, assumindo todas as cargas do cuidado (BRITO et al., 2011).

Uma pesquisa qualitativa, que teve como objetivo identificar as principais queixas implicadas nos cuidados com idosos, mostrou que, muitas vezes, o familiar escolhido para ser o cuidador principal não teve escolha e foi definido apenas pelo fato de morar com o idoso; ademais, essa assistência imposta pelo acaso muitas vezes é permeada por situações de conflitos, tensões, desgastes físicos e emocionais, alterações de planos de vida, isolamento social e sobrecarga, além das dificuldades com as finanças e as dependências do idoso (AREOSA, et al., 2014).

Um estudo realizado por Fernandes e Garcias (2009b), com trinta mulheres que desempenhavam o papel de cuidadoras de seus parentes idosos no programa de Atendimento ao Idoso do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba UFPB, observou que, quando as cuidadoras se sentiam sobrecarregadas, apresentavam maiores níveis de tensão e, diante disso, desenvolviam suas funções de forma inferior na atenção a seus idosos, piorando a prestação da assistência e isso poderia aumentar caso não tivesse uma outra pessoa para dividir os cuidados, ou quando fossem realizados de forma contínua, fazendo com que esses cuidadores desenvolvesse uma maior sobrecarga. A maioria dos cuidadores informais se apresenta vulnerável ao stress, pois muitas vezes não se sabe quanto o tempo durará o tratamento das sequelas apresentadas pelo doente familiar (ANDRE et al., 2013).

A tensão do cuidador de idosos dependentes, apontada no estudo de Fernandes e Garcias (2009^a) é vista como um problema de várias dimensões, que tem como atributos: alterações no estado físico e emocional, desarmonia entre a atividade do cuidar e o repouso e enfrentamento individual comprometido, pois os cuidadores familiares, ao assumirem os cuidados e assistência de idosos dependentes, têm expressado sua tarefa como exaustiva e estressante. Isso ocorre, principalmente, devido a uma mudança na relação, que antes era de troca, para uma relação de dependência.

A sobrecarga tem uma função na literatura, semelhante ao estresse e envolve uma resposta biológica/ hormonal ampla. Outros termos utilizados para definir a sobrecarga são fadiga ou cansaço e impacto e estes levam a um processo difícil e problemas na vida das pessoas que prestam assistência nos cuidados (CASSIS et al., 2007).

Sendo assim, é importante mensurar a sobrecarga de cuidadores de idosos, através de instrumentos de medidas. O uso desses instrumentos, possibilita identificar o processo da sobrecarga de forma subjetiva. A sobrecarga subjetiva consiste na forma intrínseca de perceber as implicações do processo de cuidar do familiar pelo cuidador. Essa percepção é uma prioridade em termos de saúde pública, pelo fato de possibilitar a avaliação das consequências negativas no cuidado informal (MONTEIRO; MAZIN; DANTAS, 2015; SEQUEIRA, 2010).

Algumas escalas são utilizadas para tal finalidade. Entre elas temos a *Zarit Burden Interview*, cuja validação foi feita por Scazufca (2002). Ela avalia a sobrecarga de acordo com os aspectos físico, emocional, financeiro e social do cuidador e foi validada em uma amostra de pessoas com transtornos mentais. Porém, é a considerada de referência e também utilizada em cuidadores de forma geral.

Outra escala bastante utilizada é *Sense of Competence Questionnaire* (SCQ), que compreende três dimensões: satisfação com a pessoa que recebe os cuidados, satisfação com a função de cuidador e implicações na vida pessoal. Validada para uso em cuidadores de pacientes com demência, também já foi utilizada para cuidadores de pacientes com AVC (REIMER et al., 1998).

A escala original da *Caregiver's Burden Scale* foi utilizada para avaliar a sobrecarga de cuidadores de Pacientes de AVC após 3 anos. Sua validação, no Brasil, foi feita em uma amostra de pacientes com doenças reumáticas. Esta escala envolve cinco dimensões: sobrecarga geral, isolamento, desapontamento, envolvimento emocional e meio ambiente (MEDEIROS et al., 1998).

A *Bakas' Caregiving Outcomes Scale*, é uma escala que avalia a sobrecarga de cuidadores de pacientes com sequelas de AVC e a princípio foi desenvolvida com 48 itens e posteriormente, revista, na sua forma abreviada, com 10 itens (BAKAS; CHAMPION, 1999).

O *Questionário de Avaliação da sobrecarga do Cuidador Informal* (QASCI) foi um instrumento desenvolvido em Portugal, que permitiu avaliar, de forma detalhada e abrangente, os diferentes aspectos relacionados com a sobrecarga física, emocional e social do cuidador

informal de pacientes com AVC. Ela foi utilizada em uma amostra constituída por 210 cuidadores informais e seus respectivos doentes com sequelas. Esse instrumento tem mostrado uma boa aceitação junto dos participantes, bem como critérios de validade e fidelidade (MARTINS; RIBEIRO; GARRET, 2003). Posteriormente, suas características psicométricas foram avaliadas em cuidadores informais de idosos, que apresentavam-se dependentes em pelo menos, uma atividade de vida diária, incluindo cuidadores de doentes com sequelas motoras graves, doenças cardíacas, respiratórias, digestivas, vasculares, diabetes, cataratas, glaucoma e cegueira (MARTINS; RIBEIRO; GARRET, 2004). No Brasil, essa escala foi validada em uma amostra de cuidadores de idosos que apresentavam alguma dependência funcional (MONTEIRO; MAZIN; DANTAS, 2015).

Ressaltamos que a amostra desta pesquisa apresenta semelhança com o público estudado para validação da escala QASCI original em Portugal, e que se mostra como um instrumento com abrangência e especificidade na avaliação da sobrecarga do cuidador informal de pacientes com sequelas de AVC. Enfatizamos, ainda, que no Brasil foi validada apenas em cuidadores informais de idosos funcionalmente dependentes. Nessa perspectiva, advogamos o uso da escala já validada no Brasil, no público específico de cuidadores informais de idosos com sequelas de AVC, afim de analisar os determinantes da sobrecarga do cuidador informal de idosos pós-acidente vascular cerebral.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar os determinantes da sobrecarga do cuidador informal de idosos pós-acidente vascular cerebral.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil pessoal e clínico de idosos com AVC;
- Caracterizar o perfil pessoal e clínico dos cuidadores informais;
- Investigar o grau de independência funcional de idosos com AVC;
- Investigar a sobrecarga do cuidador informal dos idosos com AVC;
- Analisar a associação entre a sobrecarga do cuidador informal e as demais variáveis estudadas.

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, transversal, descritivo e analítico.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

Foi realizado no ambulatório do hospital Pelópidas Silveira (HPS), localizado na BR-232, km6, Curado- Recife/ PE, CEP: 50730-680, centro voltado para atendimento de alta a baixa complexidade em neurologia clínica e neurocirurgia em Pernambuco, com ênfase em acidentes vasculares encefálicos.

4.3 PARTICIPANTES

Para a determinação do tamanho da amostra, foi utilizada a equação de cálculo de amostra para estudo de proporção em população finita, dada por:

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{d^2 \cdot (N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

Em que:

z = quantil da normal padrão (1,96, quando considerado um coeficiente de confiança de 95%);

p = proporção esperada de cuidadores com sobrecarga ($p = 0,5$);

q = proporção esperada de cuidadores que não possuem sobrecarga ($q = 1 - 0,5 = 0,5$);

d = erro amostral ($d = 0,05$);

N = Número total de idosos Pós-AVC acompanhados no ambulatório do Hospital Pelópidas Silveira durante os três últimos meses ($N = 210$).

Considerando o nível de significância de 95%, a margem de erro na estimativa de 5%, a prevalência esperada de cuidadores com sobrecarga de 50,0% e número total de idosos pós-AVC no ambulatório, igual a 210, temos que o número necessário de idosos pós-AVC e seus respectivos cuidadores para amostra foi de 136 observações.

Foram convidados a participar da pesquisa os cuidadores dos idosos e os idosos atendidos no serviço, no período da coleta, até completar o tamanho total da amostra.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pessoas da família ou amigos de ambos os sexos, maiores de 18 anos, que estivessem exercendo a atividade de cuidador principal do idoso com AVC, por no mínimo um mês.

Idosos: com 60 anos ou mais, que apresentaram o acidente vascular cerebral, há no mínimo um mês e que estavam sendo acompanhados no ambulatório do Hospital Pelópidas Silveira.

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Cuidadores analfabetos

Idosos que apresentaram, pós o acidente vascular cerebral, doenças ortopédicas graves ou idosos com acidente vascular cerebral transitório.

4.6 VARIÁVEIS INVESTIGADAS

4.6.1 Variável dependente

Sobrecarga do cuidador informal.

Para a avaliação da sobrecarga do cuidador informal foi utilizada o questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal (QASCI) revisada e validada (MONTEIRO, 2015) – ANEXO B.

4.6.2 Variáveis independentes

O grau de dependência do idoso pós-AVC.

Para avaliar o grau de dependência do idoso foi utilizada a Medida de independência funcional (MIF), revisada e validada (RIBERTO et al, 2004) – ANEXO C.

Quadro 1: Condições Sociodemográficas do cuidador.

<u>Condições sociodemográficas do cuidador</u>	
Gênero:	Feminino / Masculino
Grau de parentesco:	Cônjuge / Filho(a) / Sobrinho (a) / Neto (a) / Amigo(a) / Nora ou Genro / Irmão(ã) / Primo(a)
Reside com o idoso:	Sim / Não
Idade:	22 a 30 anos / 31 a 45 anos / 46 a 59 anos / 60 ou mais anos
Estado civil:	Casado / Solteira / Viúva / Divorciado
Realiza outra tarefa além de cuidar:	Sim / Não
Escolaridade:	Ensino Fundamental / Ensino médio / Superior
Grupo de suporte social:	Sim / Não
Religião:	Católico / Protestante / Ateu / Outros
Zono de moradia:	Rural / Urbana
Tempo de cuidado:	1 a 6 horas / 7 a 10 horas / mais de 10 horas / Integral
Renda familiar:	Bolsa do Governo / Um salário Mínimo / Um salário mínimo e meio / Dois salários / Três salários ou mais
Problemas de saúde:	Sim / Não
Quais os problemas de saúde:	Respiratório / IAM / DLP / HAS / DM / Depressão / Doença Osteoarticular / Tabagismo / Reprodutor / Gástrico / Endócrino / Labirintite / Alcoolismo
Motivos que levaram a ser cuidador:	Porque é minha função como familiar / Porque não tive opção / Porque não trabalho / Porque sou mulher.
Quanto tempo é cuidador:	Menos de 6 meses / 7 meses a 11 meses / Um ano a um ano e 11 meses / Dois anos a dois anos e 11 meses / Três anos /Mais de três anos.
Dias da semana de assistência ao idoso:	Alguns dias da semana / Todos os dias da semana / Todos os dias, menos no final de semana.

Quadro 2: Condições sociodemográficas do idoso.

<u>Condições sociodemográficas do idoso</u>	
Gênero:	Feminino / Masculino
Idade:	60 a 70 anos / 71 a 80 anos / 81 ou mais anos
Estado civil:	Casado / Solteiro / Viúvo / Divorciado
Escolaridade:	Analfabeto / Analfabeto funcional / Ensino fundamental / Ensino médio / Ensino superior.
Religião:	Católico / Protestante / Ateu / Outros
Zono de moradia:	Rural / Urbana
Teve mais de um AVC:	Sim / Não
Quantos AVCs:	1 / 2 / 3 ou mais
Tipo AVC:	AVC Isquêmico / AVC Hemorrágico
Tempo pós AVC:	Um mês a dois meses / Acima de 2 a 5 meses / Acima de 5 a 11 meses / 1 ano / Acima de 1 a 2 anos / Acima de 2 a 3 anos / Acima de 3 anos
Problemas de saúde:	HAS / DM / DLM / Alzheimer / Endócrino / IAM / Arritmia / Tabagismo / Câncer / Depressão / Alcoolismo

4.7 PROCEDIMENTOS DE COLETAS DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2016 a abril de 2017. No primeiro momento, no ambulatório, os participantes foram convidados a participar do estudo em questão, chamados de forma individual em uma sala, onde foi explicado ao cuidador e ao idoso a finalidade do estudo e os seus objetivos, esclarecendo que a participação seria livre, podendo desistir do estudo a qualquer momento, sendo garantido o sigilo de informações coletadas e que os dados seriam usados exclusivamente para uso científico. A resposta afirmativa de participação do cuidador informal e do idoso com AVC foi caracterizada, após a obtenção da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Quando o idoso não tivesse condições cognitivas para assinatura do termo, o cuidador legal responsável pelo mesmo assinava (APÊNDICES A e B).

4.8 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para avaliar a sobrecarga do cuidador foi utilizado o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI), desenvolvido em Portugal para aferir a sobrecarga física, emocional e social do cuidador informal de pacientes com diagnóstico de acidente vascular cerebral (MARTINS e et al., 2003).

Monteiro, Mazin e Dantas., (2015) adaptaram semântica e culturalmente o instrumento QASCI e evidenciaram que a versão brasileira do QASCI mostrou-se válida e confiável na mensuração da sobrecarga de cuidadores informais de idosos que apresentavam dependência funcional no Brasil (ANEXO B). A autora da escala validada no Brasil autorizou o uso da escala para o presente estudo (ANEXO D).

Este questionário é composto por 32 itens, que integram sete dimensões: Implicações na vida pessoal (11 itens); Satisfação com o papel e com o familiar (cinco itens); Reações às exigências (cinco itens); Sobrecarga emocional (quatro itens); Apoio familiar (dois itens); Sobrecarga financeira (dois itens) e Percepção dos mecanismos de eficácia e de controle (três itens). Cada item é avaliado por uma escala ordinal de frequência, que varia de um a cinco categorias de respostas, numa escala tipo *likert*: “Não/nunca”, “Raramente”, “Às vezes”, “Quase sempre”, “Sempre”. O escore final resulta da soma total das respostas obtidas para os 32 itens (intervalo possível de 32 a 160) referentes a cada domínio, divididos pelo número

total de domínios ou por meio da média dos itens (intervalo de um a cinco), após a inversão das pontuações dos itens das três dimensões positivas, (Percepção dos mecanismos de eficácia e controle; Apoio familiar; Satisfação com o papel e com o familiar), aferimos que os valores mais altos correspondem a situações com maior peso ou maior sobrecarga (ANEXO B).

Para avaliação do grau de dependência do idoso pós- AVC, foi utilizada a Medida de Independência Funcional (MIF), um instrumento desenvolvido para avaliação de pacientes com AVC, pela Academia Americana de Medicina Física e Reabilitação. Essa escala foi validada para o português por um grupo de pesquisadores médicos-fisiatras da Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em artigo publicado por Riberto et al, (2004). A escala MIF é organizada pela classificação do paciente em sua habilidade para executar uma atividade versus sua necessidade por assistência de outra pessoa ou recurso de adaptação. A escala MIF é organizada em 2 dimensões subdivididas em categorias com um total de 18 itens, definidos para avaliar a independência do indivíduo em realizar satisfatória e efetivamente atividades básicas. Estas atividades incluem o mínimo de habilidade para as categorias de autocuidado, controle do esfíncter, transferência e locomoção (dimensão motora), comunicação e cognitivo social (dimensão cognitiva). Nesse instrumento, o escore inclui 7 pontos, representando 7 o nível de completa independência e o 1, completa dependência. O escore total na escala MIF é calculado a partir da soma de pontos atribuídos a cada item dentro das categorias, variando de 18 a 126 pontos, onde quanto maior a pontuação mais independente é o indivíduo (ANEXO C).

Também foi utilizado um instrumento para coleta de dados através de uma ficha de avaliação produzida pelo pesquisador com o perfil do cuidador e do idoso com AVC (APÊNDICES C e D).

4.9 ANÁLISE DOS DADOS

Após a avaliação os dados coletados na ficha de avaliação e escalas aplicadas, foi construído um banco de dados, utilizando a planilha eletrônica Microsoft Excel. Para o controle de qualidade no banco de dados foi utilizada a dupla checagem, por um outro digitador no banco de dados, diferente do digitador que participou da primeira digitação. Após a validação do banco de dados, as variáveis digitalizadas foram exportadas para o software

Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 18, para serem submetidas a uma análise estatística.

Para avaliar o perfil pessoal, clínico e de assistência dos cuidadores avaliados foi calculada a frequência percentual e foram construídas as respectivas distribuições de frequência. Ainda foram utilizadas as estatísticas descritivas para o perfil clínico e pessoal dos idosos com AVC. Para comparar a prevalência dos níveis dos fatores avaliados foi aplicado o teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

Para avaliar o nível de independência funcional dos idosos com AVC foram calculadas as estatísticas média e desvio padrão, segundo os domínios do instrumento MIF. Também foram utilizadas as estatísticas supracitadas para descrever o nível de sobrecarga dos cuidadores, segundo os domínios do instrumento QASCI. Para avaliar a normalidade do escore total do MIF e do QASCI, foi aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov. Na avaliação da correlação entre o MIF – motora, MIF – cognitiva e o QASCI foi calculado o coeficiente de correção de Spearman.

Para a possibilidade da avaliação do risco de desenvolvimento da sobrecarga pelo cuidador e a funcionalidade dos idosos, foi realizada uma classificação/categorização da medida de independência funcional (MIF) e do questionário de avaliação de sobrecarga do cuidador informal (QASCI), segundo os quartis da escala original de cada instrumento. Para avaliar a influência do nível de independência funcional do idoso com AVC na sobrecarga do cuidador, foi aplicado o teste Qui-quadrado. Além disso, essa metodologia foi aplicada também para avaliar a influência individual dos perfis do cuidador e do idoso no nível de sobrecarga do cuidador. Nos casos em que as suposições do teste Qui-quadrado não foram satisfeitas aplicou-se o teste Exato de Fisher.

Na análise multivariada foram incluídos os fatores que apresentaram significância de até 20% na análise bivariada. Foi aplicado o modelo de Poisson com variância robusta para avaliação dos fatores que aumentam o risco de sobrecarga do cuidador. Para permanência dos fatores no modelo, foi considerado o nível de significância de 5%. Ainda, foram calculados os intervalos de confiança para a razão da prevalência e o teste de Wald na comparação dos riscos entre os níveis dos fatores avaliados.

4.10 ASPECTOS ÉTICOS

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), foi apresentado ao Hospital Pelópidas Silveira o parecer consubstanciado, devidamente aprovado e emitido por Comitê de Ética, com parecer final de CAAE de nº 59591816.1.0000.5201, conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, (ANEXO A).

Desta maneira, a investigação atendeu aos pré-requisitos estabelecidos pela resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, referente ao desenvolvimento de pesquisa científica envolvendo seres humanos, resguardando os princípios éticos da justiça, beneficência e da não maleficência.

Aos participantes da pesquisa foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde foram informados sobre os objetivos da pesquisa, a manutenção do anonimato e a possibilidade de desistência da pesquisa, caso julgue necessário.

Aos incapacitados de assinar o TCLE, mas que concordaram em participar da pesquisa foram utilizadas a impressão digital. A pesquisadora comprometeu-se com a divulgação dos resultados junto a instituição co-participante da pesquisa, além da redação de artigos a serem encaminhados às revistas indexadas.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADOR

Na tabela 1 temos a distribuição do perfil pessoal dos cuidadores de idosos. Verifica-se que a maioria dos cuidadores é do sexo feminino (77,9%), é filho (a) do idoso (55,1%), reside com o idoso (77,0%), possui idade entre 31 a 45 anos (38,2%), é casado (65,4%), estudou até o ensino fundamental (47,1%), é católico (52,2%), possui renda familiar de um salário mínimo (40,4%), mora na zona urbana (80,1%) e presta assistência como cuidador principalmente, porque é sua função como familiar (49,3%). Ainda, observa-se que o teste de comparação de proporção foi significativo em todos os fatores avaliados (p -valor $< 0,001$ para todos), indicando que o perfil descrito é relevantemente o mais frequente no grupo avaliado.

Tabela 1. Distribuição do perfil pessoal dos cuidadores de idosos.

(continua)			
Fator avaliado	N	%	p-valor ¹
Gênero do cuidador			
Feminino	106	77,9	<0,001
Masculino	30	22,1	
Grau do parentesco			
Conjuge	43	31,6	<0,001
Filho (a)	75	55,1	
Outros	18	13,2	
Reside com o idoso			
Sim	104	77,0	<0,001
Não	31	23,0	
Idade do cuidador			
22 a 30 anos	16	11,8	<0,001
31 a 45 anos	52	38,2	
46 a 59 anos	41	30,1	
60 ou mais anos	27	19,9	
Mínimo-máximo		22-77	-
Média $\pm$ Desvio padrão		46,9 $\pm$ 13,5	-
Estado civil			
Casado	89	65,4	<0,001
Solteiro	39	28,7	
Viúvo/divorciado	8	5,9	

Tabela 1. Distribuição do perfil pessoal dos cuidadores de idosos.

(continuação)

Fator avaliado	N	%	p-valor ¹
Escolaridade do cuidador			
Ensino fundamental	64	47,1	<0,001
Ensino médio	58	42,6	
Ensino superior	14	10,3	
Religião			
Católico	71	52,2	<0,001
Protestante	54	39,7	
Ateu	5	3,7	
Outros	6	4,4	
Renda familiar			
Bolsa do governo	4	2,9	<0,001
Um salário	55	40,4	
Um salário e meio	11	8,1	
Dois salários	50	36,8	
Três salários ou mais	16	11,8	
Zona de moradia do cuidador			
Zona rural	27	19,9	<0,001
Zona urbana	109	80,1	
Motivos para ser cuidador			
Porque é minha função como familiar	67	49,3	<0,001
Porque não tive opção	48	35,3	
Porque não trabalho	14	10,3	
Porque sou mulher	7	5,1	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção (se p-valor < 0,05 o percentual dos níveis do fator avaliados difere significativamente).

Na tabela 2 temos a distribuição do perfil clínico do cuidador e a prevalência das comorbidades apresentadas por eles. Verifica-se que a maioria dos cuidadores não possui comorbidade e apresenta maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) (28,7%), seguido de depressão (10,3%) e diabetes mellitus (DM) (9,6%). Ainda, os problemas de saúde menos frequentes são: alcoolismo, labirintite, gastrite e problemas reprodutivos (ambos com 0,7%). Mesmo sendo encontrada maior prevalência de cuidadores que não possuem problemas de saúde, o teste de comparação de proporção não foi significativo (p-valor = 0,086), indicando que o número de cuidadores com algum problema de saúde e sem problema de saúde é próximo.

Tabela 2. Distribuição do perfil clínico do cuidador de idosos.

Fator avaliado	N	%	p-valor ¹
Problemas de saúde			
Sim	58	42,6	0,086
Não	78	57,4	
Quais os problemas de saúde			
Respiratório	2	1,5	-
IAM	4	2,9	
DLP	12	8,8	
HAS	39	28,7	
DM	13	9,6	
Depressão	14	10,3	
Doença osteoarticular	7	5,1	
Tabagismo	9	6,6	
Reprodutor	1	0,7	
Gastrico	1	0,7	
Endocrino	2	1,5	
Labirintite	1	0,7	
Acoolismo	1	0,7	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção (se p-valor < 0,05 o percentual dos níveis do fator avaliados difere significativamente).

Na tabela 3 temos a distribuição do perfil da assistência prestada pelo cuidador ao idoso. Verifica-se que a maioria dos cuidadores presta assistência como cuidador, há menos de 6 meses (28,9%), cuida em tempo integral (61,0%), cuida do idoso todos os dias da semana (76,5%), não realiza outra atividade além de cuidar do idoso (66,9%), não possui grupo de suporte social (81,6%).

Tabela 3. Distribuição do perfil da assistência prestada pelo cuidador.

Fator avaliado	N	%	p-valor
Há quanto tempo é cuidador			
Menos de 6 meses	39	28,9	<0,001
7 meses a 11 meses	3	2,2	
Um ano a um ano e 11 meses	21	15,6	
Dois anos a dois anos e 11 meses	21	15,6	
Três anos	14	10,4	
Mais de três anos	37	27,4	
Tempo de cuidado			
1 a 6 horas	13	9,6	<0,001
7 a 10 horas	18	13,2	
Mais de 10 horas	22	16,2	
Integral	83	61,0	
Dias da semana de assistência ao idoso			
Alguns dias da semana	28	20,6	<0,001
Todos os dias da semana	104	76,5	
Todos os dias, menos no final de semana	4	2,9	
Realiza outra atividade			
Sim	45	33,1	<0,001
Não	91	66,9	
Grupo de suporte social			
Sim	25	18,4	<0,001
Não	111	81,6	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção (se p-valor < 0,05 o percentual dos níveis do fator avaliados difere significativamente).

5.2 CARACTERIZAÇÃO DO IDOSO

Na tabela 4 temos a distribuição do perfil pessoal dos idosos. Verifica-se que a maioria dos idosos é do sexo masculino (56,6%), possui idade de 60 a 70 anos (45,6%), é casado (52,9%), estudou até o ensino fundamental (46,3%), é católico (61,0%) e mora na zona urbana (69,1%). Em média, os idosos possuem idade de 73,7 anos com desvio padrão de 9,0 anos. Ainda, observa-se que o teste de comparação de proporção foi significativo em todos os fatores avaliados, exceto no fator gênero (p-valor = 0,123), indicando que o número de idosos do sexo masculino é semelhante ao número de idosos do sexo feminino.

Tabela 4. Distribuição do perfil pessoal dos idosos.

Fator avaliado	N	%	p-valor ¹
Gênero do idoso			
Feminino	59	43,4	0,123
Masculino	77	56,6	
Idade do idoso			
60 a 70 anos	62	45,6	0,010
71 a 80 anos	38	27,9	
81ou mais anos	36	26,5	
Mínimo-máximo	60-95		
Média ± Desvio padrão	73,7 ± 9,0		
Estado civil idoso			
Casado	72	52,9	<0,001
Solteiro	9	6,6	
Viúvo	48	35,3	
Divorciado	7	5,1	
Escolaridade do idoso			
Analfabeto	47	34,6	<0,001
Analfabeto funcional	12	8,8	
Ensino fundamental	63	46,3	
Ensino médio	11	8,1	
Ensino superior	3	2,2	
Religião do idoso			
Católico	83	61,0	<0,001
Protestante	47	34,6	
Ateu	2	1,5	
Outros	4	2,9	
Zona de moradia do idoso			
Zona rural	42	30,9	<0,001
Zona urbana	94	69,1	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção (se p-valor < 0,05 o percentual dos níveis do fator avaliados difere significativamente).

Na tabela 5 temos a distribuição do perfil clínico dos idosos avaliados. Verifica-se que a maioria teve AVC do tipo isquêmico (91,9%), no intervalo de um a dois meses (22,1%) e tiveram apenas um evento de AVC. Ainda, os problemas de saúde mais prevalentes foram: HAS (97,1%), dislipidemia (DLM) (67,6%), DM (39,0%) e tabagismo (39,0%).

Tabela 5. Distribuição do perfil clínico dos idosos.

Fator avaliado	N	%	p-valor ¹
Tipo de AVC			
AVC isquêmico	125	91,9	<0,001
AVC hemorrágico	11	8,1	
Tempo de AVC			
Um mês a dois meses	30	22,1	0,014
Acima de 2 a 5 meses	22	16,2	
Acima de 5 a 11 meses	25	18,4	
1 ano	12	8,8	
Acima de 1 a 2 anos	22	16,2	
Acima de 2 a 3 anos	14	10,3	
Acima de 3 anos	11	8,1	
Teve mais de um AVC			
Sim	60	44,1	0,170
Não	76	55,9	
Quantos AVCs			
1	76	55,9	<0,001
2	35	25,7	
3 ou mais	25	18,4	
Hemiplegia			
À direita	82	60,3	0,016
À esquerda	54	39,7	
Quais os problemas de saúde			
HAS	132	97,1	-
DM	53	39,0	
DLM	92	67,6	
Alzheimer	5	3,7	
Endócrino	2	1,5	
IAM	15	11,0	
Arritmia	48	35,3	
Tabagismo	53	39,0	
Câncer	1	0,7	
Depressão	4	2,9	
Alcoolismo	12	8,8	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção (se p-valor < 0,05 o percentual dos níveis do fator avaliados difere significativamente).

5.3 ANÁLISE DESCRITIVA DA MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DO IDOSO – MIF

Na tabela 6 temos a média e o desvio padrão do MIF, segundo os domínios avaliados. Verifica-se que o grau de independência para realização das atividades cognitivas foi maior do que nas atividades motoras (desvio padrão). Ainda, mesmo sendo encontrada diferença

pontual no nível de dependência, o teste de comparação de distribuição do escore não foi significativo ($p\text{-valor} = 0,651$), indicando que o grau de independência na realização das tarefas dos dois domínios é semelhante.

Tabela 6. Média e desvio padrão do MIF, segundo os domínios avaliados.

Tarefa	Média	Desvio Padrão	p-valor¹
MIF – Motor	4,68	1,81	0,651
MIF – Cognitivo	4,77	2,05	
MIF – Total	4,71	1,74	-

¹p-valor do teste de Wilcoxon (se $p\text{-valor} < 0,05$ existe diferença significativa entre os domínios avaliados no MIF).

Na tabela 7 temos a média e desvio-padrão do MIF, segundo os domínios e subdomínios avaliados. Verifica-se que no subdomínio motor há maior grau de independência no controle esfinteriano (média = 5,34) e menor grau de independência para locomoção (média = 4,40). O teste de comparação do escore de independência foi significativo ($p\text{-valor} < 0,001$), indicando que os idosos apresentam grau de independência motora diferente nas atividades realizadas nos subdomínios.

Para o domínio cognitivo, foi encontrado maior nível de independência no subdomínio comunicação (média = 5,21) e menor nível de independência no subdomínio cognitivo social (média = 4,48). Além disso, o teste de comparação de distribuição do escore de independência foi significativo ($p\text{-valor} < 0,001$). Mostrando que os idosos possuem maior independência para se comunicar do que para praticar a interação social.

Tabela 7. Média e desvio-padrão do MIF, segundo os domínios e subdomínios avaliados.

Tarefa	Média	Desvio Padrão	p-valor
MIF – Motor	4,68	1,81	-
1. Cuidados pessoais	4,58	1,83	<0,001 ¹
2. Controle Esfincteriano	5,34	2,07	
3. Mobilidade/Transferência	4,64	1,95	
4. Locomoção	4,40	2,00	
MIF – Cognitivo	4,77	2,05	-
1. Comunicação	5,21	2,03	<0,001 ²
2. Cognitivo social	4,48	2,19	
MIF – Total	4,71	1,74	-

¹p-valor do teste de Friedman (se p-valor < 0,05 existe diferença significativa entre os subdomínios avaliados no MIF). ²p-valor do teste de Wilcoxon.

Na tabela 8 temos a média e desvio padrão do MIF, segundo os domínios, subdomínios e tarefas avaliadas. Verifica-se que no subdomínio autocuidado houve maior média do escore de independência funcional nas tarefas: Alimentação (média = 5,14 pontos), Higiene Pessoal (média = 4,52) e Utilização do vaso sanitário (média= 4,51). Ainda, as tarefas em que os idosos apresentaram menor independência para execução foram: Vestir tronco inferior (média = 4,39), vestir tronco superior (média = 4,43) e banhar-se (media = 4,47). Além disso, o teste de comparação de distribuição do escore de independência foi significativo (p-valor < 0,001), indicando que o nível de independência entre as tarefas do autocuidado difere.

No subdomínio controle esfincteriano houve maior independência na execução de controle intestinal (média = 5,46 pontos) e menor nível de independência na execução do controle vesical (média = 5,22). Ainda, o teste de comparação da distribuição no escore de independência entre as tarefas de controle esfincteriano foi significativo (p-valor = 0,005), indicando que o grau de independência para a realização das duas tarefas difere.

No subdomínio mobilidade/transferência houve maior grau de independência na tarefa Cama/cadeira/cadeira/de rodas (média = 4,67) e menor grau de independência foi encontrado na tarefa vaso sanitário e Banho chuveiro/banheira (média = 4,63 para ambas tarefas). Mesmo sendo encontrado um grau de independência diferente entre as tarefas deste subdomínio, o

teste de comparação de distribuição do escore de independência não foi significativo (p -valor = 0,325), indicando que o grau de independência entre as tarefas é semelhante.

No subdomínio locomoção houve maior grau de independência na tarefa Andar/cadeira de rodas (média = 4,54) e menor grau de independência foi encontrado na tarefa Escadas (média = 4,26). O teste de comparação de distribuição foi significativo (p -valor < 0,001), indicando que a diferença no grau de independência é significativa entre estes dois domínios avaliados.

No subdomínio comunicação verifica-se maior nível de independência na tarefa expressão (média = 5,24) que na tarefa compreensão (média = 5,18), porém, o teste de comparação da distribuição do escore de independência não foi significativo (p -valor = 0,233), indicando que o grau de independência do idoso para compreender e se expressar é semelhante.

No subdomínio cognitivo social verifica-se maior nível de independência dos idosos para a interação social (média = 4,62) seguida da capacidade de resolver problemas (média = 4,47) e memória (média = 4,35). O teste de comparação de distribuição do escore de independência foi significativo (p -valor < 0,001), indicando que os pacientes conseguem realizar a interação social de forma mais independente do que resolver problemas ou trabalhar com situações que envolvam a memorização.

Tabela 8. Média e desvio padrão do MIF, segundo os domínios, subdomínios e tarefas avaliadas.

Tarefa	Média	Desvio Padrão	p-valor
MIF – Motor	4,68	1,81	-
1. Autocuidados	4,58	1,83	-
Alimentação	5,14	1,92	<0,001 ¹
Higiene Pessoal	4,52	1,93	
Banhar-se	4,47	1,94	
Vestir tronco superior	4,43	1,91	
Vestir tronco inferior	4,39	1,89	
Utilização do vaso sanitário	4,51	1,95	
2. Controle Esfincteriano	5,34	2,07	-
Controle vesical	5,22	2,21	0,005 ²
Controle intestinal	5,46	2,02	
3. Mobilidade/Transferência	4,64	1,95	-
Cama/cadeira/cadeira/de rodas	4,67	1,97	0,325 ¹
Vaso sanitário	4,63	1,94	
Banho chuveiro/banheira	4,63	1,94	
4. Locomoção	4,40	2,00	-
Andar/cadeira de rodas	4,54	2,04	<0,001 ²
Escadas	4,26	2,09	
MIF – Cognitivo	4,77	2,05	-
1. Comunicação	5,21	2,03	-
Compreensão	5,18	2,03	0,233 ²
Expressão	5,24	2,06	
2. Cognitivo social	4,48	2,19	-
Interação Social	4,62	2,20	<0,001 ¹
Resolver problemas	4,47	2,25	
Memória	4,35	2,25	
MIF – Total	4,71	1,74	-

¹p-valor do teste de Friedman (se p-valor < 0,05 existe diferença significativa entre as tarefas avaliadas). ²p-valor do teste de Wilcoxon.

5.4 ANÁLISE DESCRITIVA DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL – QASCI

Na tabela 9 temos a análise descritiva do escore do QASCI, segundo os domínios. Verifica-se que os domínios com maior nível de sobrecarga são: Sobrecarga financeira (média = 2,37), Implicações na vida pessoal (média = 2,33) e Apoio Familiar (média = 2,32), Mecanismo de eficácia e de controle (média = 2,19). Ainda, os domínios que menos influenciariam na sobrecarga do cuidador são: Satisfação com o papel e com a família (média = 1,88), Reações a exigências (Média = 2,01) e Sobrecarga Emocional (média = 2,07). Assim, o teste de comparação de distribuição do escore de sobrecarga foi significativo (p-valor < 0,001), indicando que dos domínios avaliados no QASCI influenciam de forma diferenciada no nível de sobrecarga do cuidador.

Tabela 9. Análise descritiva do escore QASCI segundo os domínios avaliados.

QASCI/Domínios	Média	Desvio Padrão	p-valor
Sobrecarga Emocional	2,07	1,00	<0,001 ¹
Implicações na vida pessoal	2,33	1,08	
Sobrecarga Financeira	2,37	1,53	
Reações a exigências	2,01	0,97	
Mecanismo de Eficácia e de controle	2,19	1,24	
Apoio Familiar	2,32	1,43	
Satisfação com o Papel e com a família	1,88	1,29	
Total – médio	2,17	0,83	-

¹p-valor do teste de Friedman (se p-valor < 0,05 existe diferença significativa entre os domínios avaliados no QASCI).

5.5 CORRELAÇÃO MIF x QASCI

Na tabela 10 temos a análise de correlação entre os domínios do MIF com o escore total do QASCI. Verifica-se que a MIF – motora e MIF – cognitiva apresentam correlação inversamente proporcional ao QASCI, ou seja, quando há o aumento do escore da medida de independência funcional do idoso, menor é o nível de sobrecarga do cuidador no QASCI. Ainda, observa-se que o teste de correlação foi significativo para todos os domínios do MIF ($p\text{-valor} < 0,001$).

Tabela 10. Análise de correlação entre os domínios do MIF e o escore total do QASCI.

Fator independente	r	p-valor¹
MIFF – motor	-0,710	<0,001
MIFF – cognitiva	-0,663	<0,001
MIFF – total	-0,763	<0,001

¹p-valor do teste de correlação de Spearman (se p-valor < 0,05 o fator independente influencia significativamente no nível do QASCI).

5.6 CATEGORIZAÇÃO DA ESCALA MIF E DA ESCALA QASCI

Na tabela 11 temos a distribuição das classificações do MIF e do QASCI. Para melhor avaliar o nível de independência os idosos foram classificados de acordo com os quartis do escore de pontuação da escala original (MIF): Dependência (18 a 45 pontos), moderada dependência (46 a 72 pontos), leve dependência (73 a 99 pontos) e independência (100 a 126 pontos). Verifica-se que a maioria dos idosos apresentou nível moderado de dependência (36,0%), seguido do grupo com leve dependência (25,7%) e com alta dependência (22,1%). O teste de comparação de proporção foi significativo para a classificação do MIF ($p\text{-valor} < 0,001$), indicando que é mais frequente o número de idosos com moderada dependência.

Para otimizar a análise do nível de sobrecarga e permitir a determinação dos fatores de risco associados, os cuidadores foram classificados de acordo com os quartis do escore de pontuação da escala original (QASCI) em: baixa sobrecarga (32 a 64 pontos), moderada sobrecarga (65 a 96 pontos), alta sobrecarga (97 a 128 pontos) e severa sobrecarga (129 a 160 pontos). Verifica-se maior prevalência de cuidadores com baixa sobrecarga (49,3%), seguido do grupo com moderada sobrecarga (35,3%) e alta sobrecarga (12,5%). O teste de

comparação de proporção foi significativo para a classificação do QASCI (p-valor < 0,001), indicando que é relevantemente maior o número de cuidadores com baixa sobrecarga.

Tabela 11. Distribuição da classificação da MIF e da QASCI.

Fator avaliado	N	%	p-valor ¹
Classificação do MIF			
Dependente (18 a 45 pontos)	30	22,1	<0,001
Moderada dependência (46 a 72 pontos)	49	36,0	
Leve dependência (73 a 99 pontos)	35	25,7	
Independente (100 ^a a 126 pontos)	22	16,2	
Classificação do QASCI			
Severa sobrecarga (129 a 160 pontos)	4	2,9	<0,001
Alta sobrecarga (97 a 128 pontos)	17	12,5	
Moderada sobrecarga (65 a 96 pontos)	48	35,3	
Baixa sobrecarga (32 a 64 pontos)	67	49,3	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção (se p-valor < 0,05 o percentual dos níveis do fator avaliados difere significativamente).

Para efeito de desfecho do estudo foram considerados dois grupos de classificação do QASCI: grupo com sobrecarga (os cuidadores com severa, alta e moderada sobrecarga, 69 casos) e o grupo sem sobrecarga (aqueles que apresentavam sobrecarga baixa, 67 casos). Na tabela 12 temos a avaliação da influência do nível de dependência do idoso no grau de sobrecarga do cuidador. Verifica-se que existe maior prevalência de sobrecarga no grupo de cuidadores de idosos com alto grau de dependência (93,3%). Ainda, observa-se menor prevalência de sobrecarga no grupo de cuidadores de idosos independentes (4,5%). Além disso, verifica-se que o teste de associação foi significativo (p-valor < 0,001), indicando que o grau de independência do idoso é determinante para a sobrecarga do cuidador.

Tabela 12. Distribuição da presença de sobrecarga no cuidador segundo o nível de dependência do idoso.

Classificação do MIF	Escore QASCI		p-valor ¹
	Com sobrecarga	Sem sobrecarga	
Dependente (18 a 45 pontos)	28 (93,3%)	2 (6,7%)	<0,001
Moderada dependência (46 a 72 pontos)	32 (65,3%)	17 (34,7%)	
Leve dependência (73 a 99 pontos)	8 (22,9%)	27 (77,1%)	
Independente (100 ^a a 126 pontos)	1 (4,5%)	21 (95,5%)	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para independência (se p-valor < 0,05 a classificação do MIF influencia significativamente na presença de sobrecarga no cuidador).

5.7 FATORES PESSOAIS DO CUIDADOR X QASCI

Na tabela 13 temos a distribuição da presença de sobrecarga no cuidador segundo o seu perfil pessoal e de saúde. Verifica-se que houve maior prevalência de sobrecarga nos cuidadores do sexo feminino (51,9%), que é conjugue do idoso (55,8%), que reside com o idoso (59,6%), que a idade do cuidador é de 60 ou mais anos (55,6%), que é solteiro (66,7%), possui ensino superior (64,3%), é católico (57,7%), possui renda familiar mantida por bolsa do governo (75,0%), mora na zona rural (51,9%), é cuidador porque não trabalha (57,1%) e possui problemas de saúde (55,2%). Mesmo sendo encontrada maior prevalência da sobrecarga no grupo de cuidadores com o perfil descrito, o teste de independência foi significativo apenas no fator: reside com o idoso (p-valor < 0,001) e estado civil (p-valor = 0,034), indicando que morar com o idoso e ser solteiro aumenta o risco do cuidador em ter a sobrecarga.

Tabela 13. Distribuição da presença de sobrecarga no cuidador segundo o perfil pessoal e clínico

Fator avaliado	Escore QASCI		p-valor ¹
	Com sobrecarga	Sem sobrecarga	
Gênero do cuidador			
Feminino	55 (51,9%)	51 (48,1%)	0,614 ¹
Masculino	14 (46,7%)	16 (53,3%)	
Grau do parentesco			
Conjuge	24 (55,8%)	19 (44,2%)	0,575 ¹
Filho (a)	35 (46,7%)	40 (53,3%)	
Outros	10 (55,6%)	8 (44,4%)	
Reside com o idoso			
Sim	62 (59,6%)	42 (40,4%)	<0,001 ¹
Não	7 (22,6%)	24 (77,4%)	

Tabela 13. Distribuição da presença de sobrecarga no cuidador segundo o

perfil pessoal e de saúde.

(continuação)

Fator avaliado	Escore QASCI		p-valor ¹
	Com sobrecarga	Sem sobrecarga	
Idade do cuidador			
22 a 30 anos	7 (43,8%)	9 (56,3%)	0,884 ¹
31 a 45 anos	27 (51,9%)	25 (48,1%)	
46 a 59 anos	20 (48,8%)	21 (51,2%)	
60 ou mais anos	15 (55,6%)	12 (44,4%)	
Estado civil			
Casado	38 (42,7%)	51 (57,3%)	0,035 ²
Solteiro	26 (66,7%)	13 (33,3%)	
Viúvo/divorciado	5 (62,5%)	3 (37,5%)	
Escolaridade do cuidador			
Ensino fundamental	37 (57,8%)	27 (42,2%)	0,076 ¹
Ensino médio	23 (39,7%)	35 (60,3%)	
		Continuação	
Ensino superior	9 (64,3%)	5 (35,7%)	
Religião			
Católico	41 (57,7%)	30 (42,3%)	0,222 ²
Protestante	25 (46,3%)	29 (53,7%)	
Ateu	1 (20,0%)	4 (80,0%)	
Outros	2 (33,3%)	4 (66,7%)	
Renda familiar			
Bolsa do governo	3 (75,0%)	1 (25,0%)	0,744 ²
Um salário	27 (49,1%)	28 (50,9%)	
Um salário e meio	4 (36,4%)	7 (63,6%)	
Dois salários	27 (54,0%)	23 (46,0%)	
Três salários ou mais	8 (50,0%)	8 (50,0%)	
Zona de moradia do cuidador			
Zona rural	14 (51,9%)	13 (48,1%)	0,897 ¹
Zona urbana	55 (50,5%)	54 (49,5%)	
Motivos para ser cuidador			
Porque é minha função como familiar	32 (47,8%)	35 (52,2%)	0,828 ²
Porque não tive opção	26 (54,2%)	22 (45,8%)	
Porque não trabalho	8 (57,1%)	6 (42,9%)	
Porque sou mulher	3 (42,9%)	4 (57,1%)	
Problemas de saúde			
Sim	32 (55,2%)	26 (44,8%)	0,372 ¹
Não	37 (47,4%)	41 (52,6%)	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para independência (se p-valor < 0,05 O fator avaliado influencia significativamente na presença de sobrecarga no cuidador). ²p-valor do teste Exato de Fisher.

Na tabela 14 temos a distribuição da presença de sobrecarga no cuidador segundo o perfil de assistência aos cuidados. Verifica-se maior prevalência da sobrecarga no grupo de cuidadores que trabalha na assistência ao idoso há três anos (59,5%), presta serviço em tempo integral (56,6%) ou em mais de 10 horas diárias (59,1%), trabalha todos os dias exceto o fim de semana (75,0%), não realiza outra atividade além de cuidar do idoso (54,9%), possui grupo de suporte social (52,0%). Mesmo sendo encontrada maior prevalência de sobrecarga no perfil profissional descrito, o teste de independência foi significativo apenas no fator: tempo de cuidado com o idoso (p-valor = 0,048).

Tabela 14. Distribuição da presença de sobrecarga no cuidador segundo o perfil de assistência.

Fator avaliado	Escore QASCI		p-valor ¹
	Com Sobrecarga	Sem sobrecarga	
Há quanto tempo é cuidado			
Menos de 6 meses	18 (46,2%)	21 (53,8%)	0,764 ¹
7 meses a 11 meses	9 (42,9%)	12 (57,1%)	
Um ano a um ano e 11 meses	11 (52,4%)	10 (47,6%)	
Dois anos a dois anos e 11 meses	8 (57,1%)	6 (42,9%)	
Três anos	22 (59,5%)	15 (40,5%)	
Mais de três anos	1 (33,3%)	2 (66,7%)	
Tempo de cuidado com o idoso			
1 a 6 horas	3 (23,1%)	10 (76,9%)	0,048 ¹
7 a 10 horas	6 (33,3%)	12 (66,7%)	
Mais de 10 horas	13 (59,1%)	9 (40,9%)	
Integral	47 (56,6%)	36 (43,4%)	
Dias da semana			
Alguns dias da semana	9 (32,1%)	19 (67,9%)	0,053 ²
Todos os dias da semana	57 (54,8%)	47 (45,2%)	
Todos os dias, menos no final de semana	3 (75,0%)	1 (25,0%)	
Realiza outra atividade			
Sim	19 (42,2%)	26 (57,8%)	0,163 ¹
Não	50 (54,9%)	41 (45,1%)	
Grupo de suporte social			
Sim	13 (52,0%)	12 (48,0%)	0,889 ¹
Não	56 (50,5%)	55 (49,5%)	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para independência (se p-valor < 0,05 O fator avaliado influencia significativamente na presença de sobrecarga no cuidador). ²p-valor do teste Exato de Fisher.

5.8 FATORES PESSOAIS DO IDOSO X QASCI

Na tabela 15 temos a distribuição da presença de sobrecarga no cuidador segundo o perfil pessoal do idoso assistido. Verifica-se que houve maior prevalência de sobrecarga no grupo de cuidadores de idosos do sexo masculino (54,5%), com idade de 81 ou mais anos (61,1%), viúvo (56,3%), com nível superior (100,0%), católico (57,8%) e que mora na zona urbana (52,1%). Mesmo sendo encontrada maior prevalência de sobrecarga no grupo de cuidadores de idosos com o perfil descrito, o teste de independência não foi significativo em nenhum dos fatores relacionados ao perfil pessoal do idoso (todos os p-valor foi maior do que 0,05), indicando que as características do idoso não influenciam no risco para sobrecarga.

Tabela 15. Distribuição da presença de sobrecarga no cuidador segundo o perfil pessoal do idoso.

Fator avaliado	Escore QASCI		p-valor ¹
	Com sobrecarga	Sem sobrecarga	
Gênero do idoso			
Feminino	27 (45,8%)	32 (54,2%)	0,310 ¹
Masculino	42 (54,5%)	35 (45,5%)	
Idade do idoso			
60 a 70 anos	27 (43,5%)	35 (56,5%)	0,236 ¹
71 a 80 anos	20 (52,6%)	18 (47,4%)	
81ou mais anos	22 (61,1%)	14 (38,9%)	
Estado civil idoso			
Casado	35 (48,6%)	37 (51,4%)	0,838 ²
Solteiro	4 (44,4%)	5 (55,6%)	
Viúvo	27 (56,3%)	21 (43,8%)	
Divorciado	3 (42,9%)	4 (57,1%)	
Escolaridade do idoso			
Analfabeto	23 (48,9%)	24 (51,1%)	0,387 ²
Analfabeto funcional	8 (66,7%)	4 (33,3%)	
Ensino fundamental	30 (47,6%)	33 (52,4%)	
Ensino médio	5 (45,5%)	6 (54,5%)	
Ensino superior	3 (100,0%)	0 (0,0%)	
Religião do idoso			
Católico	48 (57,8%)	35 (42,2%)	0,065 ²
Protestante	20 (42,6%)	27 (57,4%)	
Ateu/outros	1 (16,7%)	5 (83,3%)	
Zona de moradia do idoso			
Zona rural	20 (47,6%)	22 (52,4%)	0,627 ¹
Zona urbana	49 (52,1%)	45 (47,9%)	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para independência (se p-valor < 0,05 O fator avaliado influencia significativamente na presença de sobrecarga no cuidador). ²p-valor do teste Exato de Fisher.

Na tabela 16 temos a distribuição da presença de sobrecarga no cuidado segundo o perfil de saúde do idoso. Verifica-se maior prevalência de sobrecarga no grupo de cuidadores de idosos com AVC hemorrágico (72,7%), com tempo de AVC acima de 2 a 5 meses ou acima de 1 a 2 anos (ambos com 59,1%), que teve mais de um AVC (55,0%), especificamente 3 ou mais AVC (72,0%) e que apresentou hemiplegia no lado esquerdo (51,9%). Mesmo sendo encontrada maior prevalência de sobrecarga neste grupo de cuidadores de idosos com o perfil descrito, o teste de independência não foi significativo para os fatores avaliados, indicando que o nível de sobrecarga não é modificado pelo perfil de saúde do idoso.

Tabela 16. Distribuição da presença de sobrecarga no cuidador segundo o perfil de saúde do idoso.

Fator avaliado	Escore QASCI		p-valor ¹
	Com sobrecarga	Sem sobrecarga	
Tipo de AVC			
AVC isquêmico	61 (48,8%)	64 (51,2%)	0,128 ¹
AVC hemorrágico	8 (72,7%)	3 (27,3%)	
Tempo de AVC			
Um mês a dois meses	15 (50,0%)	15 (50,0%)	0,690 ¹
Acima de 2 a 5 meses	13 (59,1%)	9 (40,9%)	
Acima de 5 a 11 meses	12 (48,0%)	13 (52,0%)	
1 ano	4 (33,3%)	8 (66,7%)	
Acima de 1 a 2 anos	13 (59,1%)	9 (40,9%)	
Acima de 2 a 3 anos	8 (57,1%)	6 (42,9%)	
Acima de 3 anos	4 (36,4%)	7 (63,6%)	
Teve mais de um AVC			
Sim	33 (55,0%)	27 (45,0%)	0,377 ¹
Não	36 (47,4%)	40 (42,6%)	
Quantos AVCs			
1	36 (47,4%)	40 (52,6%)	0,057 ¹
2	15 (42,9%)	20 (57,1%)	
3 ou mais	18 (72,0%)	7 (28,0%)	
Hemiplegia			
A direita	41 (50,0%)	41 (50,0%)	0,862 ¹
A esquerda	28 (51,9%)	26 (48,1%)	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para independência (se p-valor < 0,05 O fator avaliado influencia significativamente na presença de sobrecarga no cuidador). ²p-valor do teste Exato de Fisher.

5.9 ANÁLISE MULTIVARIADA PARA A SOBRECARGA DO CUIDADOR

Na tabela 17 temos ao ajuste do modelo de Poisson para a sobrecarga da assistência do cuidador. Verifica-se que o grupo de cuidadores que reside com o idoso apresenta 91% de risco a mais de desenvolver a sobrecarga (RP = 1,91). Ainda, o teste de Wald foi significativo (p-valor = 0,033), indicando que é relevante este aumento no risco do desenvolvimento da sobrecarga para o grupo que reside com os idosos.

Para o nível de funcionalidade do idoso, temos que o risco para o desenvolvimento da sobrecarga do cuidador é, aproximadamente, 4 vezes maior quando o idoso apresenta dependência funcional do que quando o idoso apresenta nível leve de independência ou ele é independente. Para o grupo de cuidadores de idosos com dependência moderada há, aproximadamente, um aumento de 2 vezes no risco para o desenvolvimento da sobrecarga quando comparado com o grupo de cuidadores de idosos independentes ou com leve dependência.

Tabela 17. Ajuste do modelo de Poisson para sobrecarga do cuidador.

Fator avaliado	RP	IC	p-valor¹
Reside com o idoso			
Sim	1,91	1,05 – 3,47	0,033
Não	1,00	-	-
Classificação do MIF			
Dependente	5,08	2,74 – 9,42	<0,001
Moderada dependência	3,85	2,06 – 7,21	<0,001
Leve dependência/independência	1,00	-	-

¹p-valor da estatística de Wald (se p-valor < 0,05, o nível avaliado possui risco significativamente maior para a sobrecarga)

IC- intervalo de confiança; RP-Razão de prevalência.

6 DISCUSSÃO

6.1 DESCRITIVA DO PERFIL PESSOAL DO CUIDADOR

Em relação à caracterização do perfil pessoal dos cuidadores informais da presente pesquisa, constatamos que o predomínio de cuidadoras é de mulheres, casadas, geralmente filhas com faixa etária de 31 a 45 anos, que estudaram até o ensino fundamental e são da religião católica, possuem renda familiar de um salário mínimo, residem com o idoso, moram na zona urbana e prestam assistência como cuidadoras porque esta é sua função como familiar. Esses achados também foram observados em outros estudos (LARRANAGA; MARTIN; BACIGALUPE, 2008; GRATAO; DO VALE; RORIZ-CRUZ, 2010; PERLINI; FARO, 2005).

Uma pesquisa realizada por Monteiro e colaboradores (2015), onde a mesma avaliou um quantitativo de 132 cuidadores de idosos dependentes, apresenta semelhança com o nosso estudo, já que sua amostra de cuidadores era na maioria do sexo feminino, moravam com os idosos, tinham baixa a média escolaridade e eram casadas, porém a idade média difere da de nosso estudo, visto que a maioria das cuidadoras apresentavam idade média de 40 a 60 anos.

Para a variável faixa etária, a idade mais prevalente foi de cuidadoras adultas e de meia idade, diferentes ao achado no estudo de Caldas (2003) onde o mesmo aponta que as faixas etárias dos cuidadores de sua amostra pertenciam à mesma geração dos doentes, ou seja, eram idosos cuidando de outros idosos. Martins, Ribeiro e Garret (2003) também apresentaram achados parecidos quanto ao grau de parentesco, relativo à pessoa receptora dos cuidados, onde os cônjuges eram a categoria com maior representação. Porém, na presente pesquisa a faixa de idosos cuidando de outros idosos foi de 19,9% e, portanto, relativamente baixa.

Em um outro estudo Anjos et al., (2015), a maioria dos cuidadores eram do sexo feminino, com idade média de 47,41 anos e variação de 18 a 80 anos. Quanto ao parentesco, 77,6% eram filhas, seguidas de 15,5% cônjuges, que se assemelha ao nosso estudo, onde os conjugues aparecem como a segunda maior distribuição da população estudada, com representação de 31,6%.

No estudo realizado Gonçalves et al., (2006), foi encontrada uma prevalência do gênero feminino, porém diferiu da média de idade de nossa população que foi de 48,5 anos. Em relação à escolaridade, nessa mesma pesquisa, 50,3% cursaram somente o ensino básico.

Alguns autores trazem a cultura como uma justificativa para o sexo feminino ter uma maior prevalência no processo dos cuidados, pois já está pregado socialmente no papel da mulher como de mãe o processo do cuidar como uma atividade exercida pelo gênero e assim transmitida para outros familiares, como exemplo os idosos (CALDAS, 2003)

Neri e Perracini (2012), relatam que as mulheres cuidadoras olham para a tarefa do cuidar como bônus, pois se sentem sensíveis e necessárias para o outro, acreditam que é de sua competência a tarefa do cuidar e se sentem bem com o seu envolvimento prestado aos idosos.

O fato das filhas serem as mais prevalentes no nosso estudo vai de encontro com a observação na pesquisa realizada por Mazza e Lefèvre (2005), onde foi avaliado o cotidiano 17 cuidadores familiares de idosos no Centro de Saúde da USP. Pôde-se observar que uma justificativa para as filhas serem cuidadoras era atribuída a terem sido alvos de cuidados no passado com os pais e que funcionaria como um fator, que levaria a possível prestação de cuidados por essas filhas aos pais no presente ou numa necessidade próxima.

Em nosso estudo, a maioria das filhas relatam que estavam na função de cuidadora porque é sua função como familiar, ou seja, por vontade própria e dever em cuidar.

Em relação à variável renda familiar, no estudo realizado por Costa et al., (2015), quanto às características dos cuidadores, verificou-se que a maioria era do sexo feminino, filhas com renda pessoal entre 1 a 3 salários mínimos. Para o estudo de Santos e Tavares (2012), quanto à renda, 34,8% dos cuidadores de sua amostra ganhavam um salário mínimo e 30,4% não possuíam renda. Além disso, a aposentadoria do idoso era apontada como fonte de renda da família. Esses dados corroboram o nosso estudo, onde a renda familiar das cuidadoras era de um salário mínimo e geralmente a renda do idoso ao qual se prestavam os cuidados.

Também no estudo de Fialho e Vieira, (2010), dentre os cuidadores, 23,1% apresentavam uma renda familiar de até um salário mínimo e 30,8% dois salários, porém essa renda era oriunda da aposentadoria do idoso e da renda de outros familiares que trabalhavam, juntamente com a do cuidador.

Fernandes e Garcia, (2009), observaram que a prática do cuidado interferiu no emprego das cuidadoras, pois cuidadoras que trabalhavam, relatavam faltar o trabalho, algumas vezes e até com frequência, e todas as cuidadoras da amostra afirmaram já terem

saído mais cedo ou chegado mais tarde ao trabalho e sempre se preocuparem em relação ao idoso enquanto estavam no trabalho.

Em relação à religião do cuidador, a católica foi a mais prevalente onde podemos ver que segundo Andrade et al., (2009), a religiosidade ajuda no processo do cuidar a lidar melhor com o sofrimento, quando se transferiria toda a fé e esperança focadas para melhorar essa situação ou situações desfavoráveis que possam vir a enfrentar. A religiosidade é tida pelos cuidadores como caráter de fé, com crenças de que algo superior ajudará na vida de seu familiar e lhe dará forças para ultrapassar os obstáculos do cuidado (MACHADO; FREITAS; JORGE, 2007). A fé também foi relatada como importante para o enfrentamento da tarefa do cuidar e na superação de sentimentos negativos, ajudando a encontrar sentido para a tarefa do cuidar (NERI; SOMMERHALDER, 2012).

Na nossa amostra pode-se observar que a maioria dos cuidadores residiam com o idoso. Os dados de Fialho e Vieira, (2010), onde foram avaliados 52 cuidadores informais de idosos pós-AVC, mostra que 75% dos cuidadores também residiam com o idoso, muitos cuidadores já moravam na mesma residência (FIALHO; VIEIRA, 2010).

6.2 DISTRIBUIÇÃO DO PERFIL CLÍNICO DO CUIDADOR

Em relação à caracterização do perfil de saúde do cuidador, temos que 57,4% dos cuidadores não apresentava comorbidades. Porém, dentre aqueles que apresentavam as comorbidades, a maior prevalência foi de hipertensão arterial, seguido de depressão e diabetes mellitus.

Alguns autores como Fernandes e Garcia, (2009), tiveram em sua amostra em relação ao perfil de saúde física do cuidador uma prevalência de 26,7% de doenças cardiovasculares, sendo a hipertensão a mais prevalente entre elas, assim como na nossa amostra, muito semelhante onde 28,7% apresentavam hipertensão. Ainda no mesmo estudo, as doenças de maior prevalência foram as osteoarticulares, presentes em 93% dos cuidadores, sendo as dores de coluna a mais incidente; na nossa população essa comorbidade apresentou-se relativamente baixa, em torno de 5,1%. Outro dado em relação à saúde foi que 30% dos cuidadores relataram piora em relação à sua saúde após o início dos cuidados.

Em outro estudo, Fernandes e Garcia, (2009), observaram que o tempo que era dedicado à assistência ao idoso dependente era mais primordial no desenvolvimento de alterações físicas e emocionais no cuidador que o a própria tarefa do cuidado.

Gonçalves et al., (2006), também observaram a prevalência da hipertensão arterial e outros problemas cardiovasculares, seguidos de problemas osteomusculares e diabetes mellitus. Ainda na mesma pesquisa os cuidadores relatavam ter boa saúde, porém outro dado importante foi o fato do cuidador, muitas vezes, ser o único na assistência nos cuidados, de forma contínua, isso foi apontado como uma maior exposição e um maior risco a adoecimento destes cuidadores.

Podemos observar, ainda, que a maioria dos nossos cuidadores, não relatavam comorbidades. Isso pode ter ocorrido devido à não ida ao médico por falta tempo pelas prestações de cuidados, a maioria de forma contínua. Porém Silva et al., (2016) observaram que os cuidadores que apresentavam baixa escolaridade e tinham baixos rendimentos socioeconômicos, apresentavam menos preocupação com os fatores de risco para sua saúde e não se preveniam em relação a doenças.

Dos 208 cuidadores familiares estudados em outra pesquisa (Lendart, et al., 2011), 9.1% consideravam a sua saúde excelente, 46.7% boa e 44.2% razoável. Quanto a presença de doenças, 78 cuidadores referiram não ter qualquer tipo de doença e 130 alegaram possuir uma ou mais doenças. Isso difere de nosso estudo onde a maior parte dos cuidadores não apresentavam doenças.

Santos; Pavarini, (2010) mostrou em sua pesquisa que a ausência de doença representou um total de 66% na sua amostra dos cuidadores e dos que apresentaram doenças 26% relatavam hipertensão arterial, 3% diabetes e 3% osteoporose.

Com uma amostra composta por 120 cuidadores familiares de idosos portadores de doenças crônicas na cidade de Porto em Portugal, Pimenta; et al., (2009) observou que os cuidadores acumulavam diversos papeis, aumentando sua sobrecarga, comprometendo o seu autocuidado e relatavam não ter tempo para cuidar de sua saúde.

6.3 DISTRIBUIÇÃO DO PERFIL DA ASSISTÊNCIA DO CUIDADOR

Em relação à distribuição do perfil da assistência prestada do cuidador ao idoso, verifica-se que a maioria dos cuidadores prestam cuidados há menos de 6 meses, cuidam em tempo integral, cuidam do idoso todos os dias da semana, não realizam outra atividade além de cuidar do idoso, não possuem grupo de suporte social.

A maioria dos cuidadores desse estudo apresentou a assistência de forma integral, ou seja, 24 horas por dia, todos os dias da semana e não realizam outra tarefa além do cuidar.

Segundo Pinto et al., (2009), em seus estudos foi visto que muitas horas de cuidado por semana, influenciaram negativamente a qualidade de vida do cuidador. Em outro estudo pode-se observar que os cuidadores exerciam sua função por mais de nove horas diárias, não exercendo nenhum trabalho fora do domicílio (RODRIGUES; et al, 2014).

O cuidador pode apresentar dificuldades e maior estresse para os cuidados iniciais prestados aos pacientes sequelados pelo AVC, devido a sua inexperiência e pelas dificuldades ainda não adaptadas pelos seus familiares (EUZEBIO; RABINOVICH 2006). Isso pode ser entendido como uma ameaça aos cuidadores de nosso estudo, pois a maioria se apresenta na assistência inicial aos cuidados com os idosos pós-AVC.

Num estudo de mestrado realizado com 50 cuidadores de famílias de pacientes com AVC, foi observado que o tempo de prestação de cuidados em 38% dos cuidadores estavam na assistência há mais de 6 meses, seguidos de 32% que prestavam cuidados há menos de 3 meses (MARQUES, 2005) e, em outra pesquisa, viu-se que o cuidado com o idoso em tempo integral e por longos períodos pode favorecer uma pior qualidade de vida e maior sobrecarga (RODRIGUES et al, 2014).

Diferenciando-se do encontrado com nossa amostra, num estudo transversal Queiroz, Lemos e Ramos (2010) realizado com 40 cuidadores familiares principais de idosos atendidos pelo Programa de Assistência Domiciliar a Idosos (PADI), foi observado um tempo de assistência ao cuidado entre 13 a 24 horas diárias. Cerca de 87,5% dos cuidadores já exerciam essa função do cuidar há muito há mais de 25 meses e esse alongado tempo de cuidado foi apontado, no estudo, como um fator com forte associação ao desgaste físico e emocional, gerador de estresse nesses cuidadores.

Um achado semelhante foi visto no trabalho de Fialho e Vieira, (2010) diferenciando-se de nosso estudo, visto que, na amostra deles, 57,7% dos participantes estavam no papel de cuidador entre 3 a 20 anos, porém o tempo dedicado ao cuidado do idoso teve média $1,92 \pm 1,69$ anos, o que demonstra que a grande maioria tinha pouco tempo de cuidador. Em relação ao apoio social essa pesquisa corroborou o nosso estudo, constatou-se que a maioria dos cuidadores 55,8% não recebia nenhum tipo de apoio, e os que recebiam, tinham a própria família ou pessoas da comunidade como principal fonte de apoio. Os autores indicaram ainda que o estado precisa dar um suporte e assegurar políticas públicas, com foco para a estruturação de uma rede de apoio a esses familiares.

No trabalho feito por Monteiro, Mazin e Dantas (2015), avaliou-se que os cuidados com o idoso apresentavam média de 4,95 e 1,89 dias da semana e fins de semana, respectivamente, o que se diferencia de nosso estudo, onde a maioria da população por nós estudada cuidava de seus idosos todos os dias da semana e de forma integral. Também num estudo realizado no México, com 52 cuidadores informais de idosos dependentes, para avaliar a sobrecarga e a síndrome de Burnout, observou-se que 42% dos cuidadores se dedicavam entre 6 e 15 horas diariamente às atividades na assistência ao idoso, 73% prestavam assistência em torno de 1 a 6 anos (VALLE; et al., 2015), o que difere do constatado no estudo realizado por Amendola (2007), onde o tempo de assistência foi de 9,8 anos.

Ser um cuidador familiar muitas vezes requer dedicação exclusiva a outro ser humano, dependente e gravemente doente, porém por se tratar de um ser humano independente o desgaste físico e psicológico é sentido por ele, pois suas necessidades muitas vezes não são atendidas (BICALHO; LACERDA; CATAFESTA, 2008).

6.4 DISTRIBUIÇÃO DO PERFIL PESSOAL DO IDOSO

No nosso estudo verifica-se que a maioria dos idosos foi do sexo masculino, possui idade de 60 a 70 anos, é casado, estudou até o ensino fundamental, é católico e mora na zona urbana. E possuem idade média de 73,7 anos.

Na pesquisa realizada por Martins, Ribeiro e Garret (2003), a população de idosos com AVC do sexo masculino representou 52,2% da amostra, com uma idade média de 74,8 anos. Além disso, mais da metade dos sujeitos apresentavam idades superiores a 76 anos, se assemelhando com nossa amostra de idosos onde 54,4% apresentavam uma idade superior a 71anos.

Apesar da “feminização da velhice”, na qual, relatam alguns autores, as mulheres conseguem chegar a uma idade mais avançada que os homens, podemos observar que em nossa amostra de idosos a prevalência do sexo masculino foi maior. Porém, cabe ressaltar que estamos falando da prevalência em relação a uma doença, o AVC, e isso pode ser explicado pelo fato das diferenças na exposição a fatores de risco da população masculina, como maior exposição a certas causas, como o consumo de álcool e tabaco e atitudes em relação a busca de serviços de saúde com menor frequência que as mulheres (NETTO, YUASO; KITADAI, 2005; ARAÚJO, PAUL, MARTINS,2011).

Em um trabalho realizado com 46 pacientes que tiveram o primeiro episódio de AVC, Falcão et al. (2004) observaram uma maior concentração de pessoas nas faixas etárias de maior idade e entre homens. O estado civil que prevaleceu antes e após o AVC, foi casado e a escolaridade predominante de analfabetos e até três anos de estudo (FALCÃO et al., 2004). Apesar de nossa amostra ter uma maior prevalência de idosos com ensino fundamental, podemos destacar que 34,6% dos idosos eram analfabetos.

Uma outra pesquisa, realizada na cidade de Teresina, observou que a população estudada, encontrava-se com baixa renda e baixo nível de escolaridade, tinham pouco conhecimento em relação ao AVC, principalmente em relação aos fatores de risco e sinais clínicos da doença (CAMPOS-SOUZA; SOARES; ALMEIDA, 2007). Este estudo corrobora com outra pesquisa, onde se observou que os coeficientes de baixa escolaridade podem ser os responsáveis pelo nível de qualidade das informações em relação ao AVC (NOVAK; HIROKI; ZÉTOLA, 2003).

6.5 DISTRIBUIÇÃO DO PERFIL CLÍNICO DOS IDOSOS

Em relação à distribuição do perfil clínico dos idosos avaliados, pôde-se observar, no estudo, que a maioria teve AVC do tipo isquêmico, com o tempo de AVC de um a dois meses; a maioria teve apenas um evento de AVC. Ainda, os problemas de saúde pré-mórbidos mais prevalentes foram: HAS, DLM, DM e tabagismo.

Um estudo retrospectivo com uma amostra 262 idosos com diagnóstico de acidente vascular cerebral Pires, Gagliardi, Gorzoni (2004) corrobora as evidências de nosso estudo já que lá a prevalência de HAS foi de 87,8% dos idosos (85,5% dos homens e 90,3% das mulheres), a diabetes foi encontrada em 51 idosos (desses a maioria eram homens), antecedentes de tabagismo foram registrados em 46,9% da população, entre os homens também ocorrendo maior prevalência que em relação às mulheres. O etilismo também foi relatado por 57,5% dentre os homens e 9,8% nas mulheres (PIRES; GAGLIARDI; GORZONI, 2004). Assim, podemos ver nesta investigação uma prevalência de maiores fatores de riscos para os homens do que nas mulheres.

Campos-Souza, Soares e Almeida (2007) evidenciaram em seus estudos que a incidência de hipertensão era a mais frequente, estando presente em 40% da amostra. Dos participantes 5,1% já tinham tido mais de um episódio de AVC, 17% da amostra era tabagista e 28% dos entrevistados eram etilistas, apenas 8% eram diabéticos. Esse quadro se diferencia

do encontrado no nosso estudo, onde 44,1% da população de idosos apresentaram mais de um episódio de AVC e o diabetes mellitus foi a terceira doença mais prevalente nos idosos. “A literatura associa fatores de risco às doenças cerebrovasculares e inevitavelmente, destaca a hipertensão arterial como um dos mais importantes e mais fortemente correlacionados ao AVC” (FALCÃO, et al., 2004).

Outras pesquisas apontam que existe a possibilidade de novo episódios de AVC, após o primeiro episódio, além de dependência e perda da qualidade de vida, ao passar do tempo, portanto apontam como medidas de prevenção a conscientização da população em relação ao AVC e o controle dos fatores de risco como a pressão arterial, diabetes, dislipidemia e doenças cardíacas. (SILVA et al, 2015)

Piropo et al., (2010), observaram, em seu estudo, que a hipertensão e a dislipidemia foram pouco relatadas na população estudada, por tratar-se de afecções silenciosas, muitas vezes em um estágio mais crônico. Já a hipertensão arterial foi o fator de risco modificável mais prevalente, e o seu tratamento reduz o risco de reincidência do AVC.

Em relação ao tipo de AVC, em nossa amostra os mais prevalentes foram os isquêmicos com hemiplegia à direita, dados que corroboram a pesquisa realizada por Riberto et al., (2004), onde, dos 103 pacientes estudados, a hemiplegia à direita apresentou uma prevalência de 48,5% e à esquerda 35,9%.

Em uma pesquisa de Cruz e Diogo (2009) também se observou uma predominância de AVC com eventos isquêmicos e uma minoria de hemorrágicos, porém entre os mais jovens houve uma predominância de AVC hemorrágico. Os autores relatam, assim, que O AVC isquêmico é o mais comum em pacientes idosos (CRUZ; DIOGO, 2009), o que coincide com o evidenciado na amostra de nosso estudo.

Recordamos, enfim, que a hemiplegia à direita está relacionada geralmente à clínica de afasia, predominando a afasia motora, porém nestes casos, em geral, a compreensão fica preservada. Já a hemiplegia esquerda, manifesta-se por acometimento motor e mais preservação das funções cognitivas (RIBERTO, et al.,2007).

6.6 ANÁLISE DESCRITIVA DA MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA DOS IDOSOS

Na presente pesquisa verifica-se que o grau de independência para realização das atividades cognitivas foi maior do que nas atividades motoras. Porém, o teste de comparação

de distribuição do escore não apresentou diferenças significativas, indicando que o grau de independência na realização das tarefas dos domínios motor e cognitivo é semelhante.

Cruz e Diogo., (2009), observaram que a capacidade funcional de idosos com AVC, a hemiparesia, influenciou a independência para realização de atividade motora e a independência de forma geral, o que pode estar relacionado à alteração da capacidade funcional provocada pela sequela, prejudicando no autocuidado e na realização das tarefas do dia-a-dia. Ainda no mesmo estudo foi visto que a presença do cuidador e a idade influenciaram na independência cognitiva, uma vez que o cuidador pode estimular o idoso na realização de tarefas.

Nosso estudo corrobora os resultados de Fernandes et al., (2012), pois foi observado que o domínio cognitivo também apresentou um maior grau de independência, sendo classificada a maioria em independência modificada ou completa, mantendo sempre o valor máximo do escore e esse estudo aponta como justificativa para tal, o fato de terem utilizado o mine exame do estado mental (MEEM) para selecionar apenas os pacientes que tinham boa cognição, porém difere do nosso estudo onde a independência cognitiva foi maior e o MEEM não foi utilizado.

Um estudo de revisão Cecatto e Almeida (2010) aponta que os transtornos cognitivos e emocionais são comuns após o AVC, principalmente as afasias, agnosias, apraxias, alterações de percepção espacial, julgamento, alterações de memória e atenção, orientação, aprendizado e resolução de problemas. Aponta, também, que os déficits cognitivos irão influenciar para a readaptação de novas habilidades, e dificultam os ganhos funcionais motores. Isso justifica o fato de a nossa amostra apresentar um nível de independência cognitiva semelhante ao motor pois para realizar atividades motoras, de modo mais independente, é necessário ter uma boa cognição.

Outros autores Thame et al., (2010) apontam que a influência nos desempenhos e controles do movimento é dependente de informações do ambiente e da capacidade do paciente de captar e processar informações, para realização dos mesmos, pois a área cognitiva estando mais preservada irá ajudar a funcionalidade motora. Os mesmos autores ainda apontam que tanto as sequelas motoras quanto cognitivas podem prejudicar a realização de atividades de vida diária, levando o idoso a ser mais dependente e menos autônomo.

Riberto et al., (2004) constataram que no domínio cognitivo, que pacientes com hemiparesia à esquerda apresentaram um comprometimento cognitivo mais leve e, por isso,

tinham um melhor desempenho funcional, em comparação com os casos de hemiparesia à direita, em que se pode observar maiores limitações quanto à comunicação, à memória e à resolução dos problemas.

Em relação aos domínios e subdomínios avaliados, no nosso estudo observou-se que no domínio motor há maior grau de independência no controle esfinteriano em relação à locomoção. Para o domínio cognitivo, foi encontrado maior nível de independência no subdomínio comunicação em relação ao cognitivo social, mostrando que os idosos possuem maior independência para se comunicar do que para praticar a interação social.

Em relação aos domínios, subdomínios e tarefas avaliadas no nosso estudo, verificou-se que no subdomínio autocuidado houve maior média do escore de independência funcional nas tarefas alimentação, Higiene Pessoal e Utilização do vaso sanitário em comparação com: Vestir-se e Banhar-se. No subdomínio controle esfinteriano houve maior independência na execução de controle intestinal que controle vesical. No subdomínio locomoção houve maior grau de independência na tarefa Andar/cadeira de rodas em relação à tarefa subir escadas. No subdomínio cognitivo social, verificou-se maior nível de independência dos idosos para a interação social em seguida de resolver problemas por último a memória, indicando que os pacientes conseguem realizar a interação social de forma mais independente do que resolver problemas ou trabalhar com situações que envolvam a memorização.

Para avaliar a independência funcional de indivíduos com sequela de AVC na fase hospitalar e na ambulatorial, foi observado que os itens “cuidados pessoais”, “mobilidade” e “locomoção” apresentaram menores médias em outras pesquisas (RIBERTO et al., 2004; BENVEGNU; GOMES; SOUZA, 2008) corroboram esses dados, já que nelas foi observada uma menor pontuação nos mesmos itens, sendo isto justificado por essas atividades apresentarem um nível de dificuldade de realização maior em pacientes hemiplégicos, essa justificativa também se aplica em nossa população .

Em um estudo realizado por Fernandes et al. (2012) se pôde observar que os indivíduos tinham uma média maior de independência para realizar o controle esfinteriano intestinal (fezes) e isso é atribuído ao fato de que o controle esfinteriano pode ter ocorrido por estar fortemente relacionado a um melhor prognóstico cognitivo, o que também foi observado em nossa população com uma maior independência cognitiva. Ainda no mesmo trabalho, a alimentação foi a tarefa com maior independência e os autores justificam que a tarefa alimentação se deu por ser um meio de necessidade e os indivíduos terem apenas a

necessidade do uso de órteses para se adaptar e realizar a ação ou de um maior tempo para executá-la.

A tarefa “Subir e descer escadas”, juntamente com o item “Marcha/ cadeira de rodas”, constituem o subdomínio locomoção, onde a tarefa subir escadas em diversos estudos apresentou uma menor pontuação média, e uma justificativa para esse achado é que indivíduos hemiplégicos apresentam um maior nível de dificuldade para realizar essa ação. (GURGEL ;PINTO ;OLIVEIRA, 2012 ; RIBERTO et al., 2001 ; BENVEGNI ; GOMES ;SOUZA, 2008 ;FERNANDES et al., 2012).

Em relação ao domínio de autocuidados, a segurança foi apontada como um obstáculo para a realização de tal tarefas, pois a falta de equilíbrio pode ser um problema para atividades como banho e vestir a metade inferior. Em Riberto et al. (2007), também aparecem com uma baixa pontuação atividades como vestir a metade inferior do corpo e subir escadas ao início do programa de reabilitação, os autores relatam que isso pode ter ocorrido devido à complexidade e habilidades envolvidas, necessárias para sua realização, disputando com as apraxias, equilíbrio, força dos membros inferiores, amplitude articular, destreza dos membros superiores, até a parte cognitiva de escolha das roupas apropriadas (RIBERTO et al., 2007).

Riberto et al., (2007), observaram que a tarefa interação social estava relacionada ao convívio dentro do centro de reabilitação, ao estímulo contínuo cognitivo e ao esforço relacionado ao que foi aprendido nas tarefas motoras. No subdomínio comunicação, as tarefas de compreensão e expressão e resolução de problemas e memória tiveram valores altos de independência, porém Riberto et al. (2001), apontam como a justificativa o critério de seleção da amostra, intencionalmente orientado por uma boa cognição.

Na dimensão comunicação, Viana et al. (2008), observaram uma maior pontuação para compreensão, demonstrando que idosos com sequelas de AVC, utilizavam de uma ajuda mínima para compreender, quando comparado à interação social, onde muitos precisavam de uma ajuda maior para lidar com suas necessidades em relação ao outro, o que constitui um achado semelhante ao do nosso estudo.

6.7 ANÁLISE DESCRITIVA DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL – QASCI

Podemos observar, quanto à sobrecarga do cuidador informal do nosso estudo, que o domínio sobrecarga financeira foi o que mais impactou na sobrecarga, posteriormente a implicações na vida pessoal e em seguida apoio familiar e mecanismo de eficácia e de controle; os domínios que menos influenciaram na sobrecarga do cuidador foram satisfação com o papel e com o familiar, reações a exigências e sobrecarga emocional.

Monteiro, Mazin e Dantas (2015), observou que os valores mais altos nos domínios foram implicações na vida pessoal, reação às exigências, sobrecarga emocional e satisfação com o papel e com o familiar, o que se assemelha aos achados encontrados por Martins, Ribeiro e Garret (2004).

Martins, Ribeiro e Garret (2003), observaram, que os domínios satisfação do papel e com o familiar, reações às exigências e sobrecarga financeira não se correlaciona com a capacidade funcional dos sequelados de AVC.

O domínio reações às exigências apareceu como um domínio que não impacta tanto na sobrecarga e isso pode ser justificado por esse domínio incluir sentimentos e emoções boas e positivas entre o desempenho do papel do cuidador em sua tarefa e sua relação afetiva entre os pacientes com AVC (MARTINS, RIBEIRO;GARRET,2003). Isso nos faz pensar que na nossa amostra esses cuidadores apresentariam uma maior satisfação em relação ao seu papel e uma boa relação com o doente.

Reações às exigências incluem também sentimentos negativos em relação a se perceber manipulado e ao comportamento por parte da pessoa que está sendo cuidada (MARTINS, RIBEIRO;GARRET,2003). Isso também pode ser percebido em nossa amostra como algo que não acarretaria tanta sobrecarga e que nos permitiria concluir que esses cuidadores não se sentem tão manipulados pelo idoso. Segundo Areosa et al. (2014), quando o cuidador se sente sacrificado pela tarefa, isso gera um sentimento de obrigação cumprida, ou seja, satisfação com seu papel, tornando a tarefa do cuidar gratificante, com sentimentos de gratidão, de reciprocidade e comprometimento entre ambos.

Marques (2005), pôde perceber que os níveis econômicos são impactantes na dimensão sobrecarga financeira, em seu estudo os cuidadores com menor nível econômico relataram maior sobrecarga financeira, menores mecanismos de eficácia e controle e maior sobrecarga de forma global, o que se assemelha a nossa pesquisa, pois isso pode ter ocorrido devido à população de cuidadores apresentar baixa renda ou muitas vezes não ter renda, essa ser apenas a do idoso a quem se presta assistência. Nossos dados corroboram, ademais, os

estudos de Martins et al., (2004), onde o maior nível de sobrecarga financeira, ocorreu porque os cuidadores apresentarem baixo rendimento e também baixa escolaridade. O mesmo estudo ainda aponta que os cuidados de doentes dependentes podem levar a uma maior sobrecarga financeira, devido ao comprometimento nas fontes de rendimento e gastos gerados pela doença.

Abreu e Ramos (2007) observaram que os domínios que mais impactaram na sobrecarga foram implicações na vida pessoal e satisfação com o papel e com o familiar e afirmaram que quanto maiores as dificuldades dos cuidadores maiores são os impactos físico, emocional e social dos mesmos.

Na pesquisa de Martins, Ribeiro e Garret (2004), as dimensões que mais impactaram na sobrecarga do cuidador foram implicações com a vida pessoal, resultando num maior desgaste físico, social e emocional. Já os cuidadores informais cônjuges apresentaram maior sobrecarga financeira do que os que não coabitavam com os familiares. Nesse mesmo estudo pode-se perceber que a satisfação com o papel dependia da escolaridade do cuidador, das horas despendidas para o cuidado e da saúde do mesmo, assim também a sobrecarga emocional, já que quanto maior a escolaridade melhor proteção para o desenvolvimento desta.

Em relação à percepção de mecanismo de eficácia e controle, Martins, Ribeiro e Garret (2004) perceberam que o estado de saúde estava diretamente proporcional a esse domínio, pois quando os cuidadores tinham uma melhor escolaridade conseguiam modificar a situação difícil com resiliência.

Rodrigues (2011), constatou que o número de horas a cuidar se correlaciona diretamente com a Sobrecarga Financeira, ou seja, quanto mais horas de cuidados, maior sobrecarga financeira e isso é um reflexo das dificuldades econômicas para cuidar das pessoas dependentes. Também foi visto que o tempo gasto para cuidar se repercute em implicações para a vida pessoal do cuidador, pois quanto maior o número de horas despendidas para cuidar, menor a satisfação com o papel e com o familiar.

6.8 CORRELAÇÃO ENTRE A SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL E INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DO IDOSO.

Foi observado, em nosso estudo, que quando há um aumento do escore de independência do idoso, menor é o nível de sobrecarga do cuidador. Também foi observado

que a maioria dos idosos apresentou um nível de moderada dependência, porém verificamos maior prevalência de cuidadores com baixa sobrecarga.

Estudos apontam que quanto maior o grau de dependência dos idosos, maiores são as dificuldades enfrentadas pelo cuidador, maior é a sobrecarga, física, emocional, social e financeira (ABREU; RAMOS 2007). Em um estudo semelhante, verificou-se que os cuidadores com melhor saúde mental estavam dando suporte aos pacientes de AVC com maior grau de independência (ANDRÉ et al., 2013), o que se assemelha às evidências do nosso, onde o nível de sobrecarga do cuidador foi menor em idosos mais independentes.

A falta de autonomia e dependência dos idosos, na pesquisa realizada por Flores et al., (2010), foram consideradas problemas, relacionados a negativamente com a qualidade de vida tanto dos cuidadores como dos idosos.

Outro estudo aponta que os cuidadores que se apresentavam mais sobrecarregados eram aqueles que prestavam assistência aos idosos com uma maior dependência para realização de atividades básicas da vida diária, pois, ao assumir a responsabilidade contínua dos cuidados no dia-a-dia com esses idosos, induziu a um maior estresse destes cuidadores (LOUREIRO et al., 2013).

Loureiro et al., (2013), observaram que o fato dos cuidadores apresentarem, em suas respostas, uma prevalência de nunca se sentirem sobrecarregados estava relacionado aos sentimentos em relação ao comportamento do idoso e isso pode ter acontecido devido à proximidade e ao tipo de relação afetiva pré-existente de carinho, amor e atenção, entre o cuidador e o idoso, anteriormente à doença, constituindo fatores que contribuiriam para o processo de inserção e adaptação do cuidador, fazendo com que o processo do cuidado seja permeado por sentimentos mais positivos do que negativos, o que pode ter ocorrido com a nossa população de cuidadores, apresentando assim uma baixa sobrecarga.

Podemos observar, em nosso estudo, que para a maioria das respostas ao questionário de sobrecarga, na escala de valores de um a cinco, houve uma frequência de valores extremos da escala (não/nunca ou sempre) o que pode ter ocasionado a tendência para uma baixa sobrecarga. Monteiro, Mazin e Dantas (2015) e Rodrigues (2011) também observaram em suas pesquisas uma tendência aos extremos das respostas, semelhante ao verificado em nosso estudo.

A sobrecarga, além de relacionada com a dependência funcional, pode estar associada também com a falta de tomada de decisão em relação à necessidade de assistência total,

máxima, mínima ou apenas de supervisão durante a assistência ao idoso (SOUZA, HANUS; LIBERA, 2015). A falta de conhecimento e o medo de estar negligenciando o cuidado faz com que o cuidador não deixe o idoso executar a tarefa, mesmo esse possuindo condições físicas e cognitivas para realizar tal ação, levando, assim, a uma maior sobrecarga do cuidador, por estar executando mais tarefas para o idoso (PEREIRA et al., 2013). Isso parece diferente do constatado em nosso estudo, onde os relatos da maioria dos idosos que não conseguiam executar algumas tarefas, apareceu relacionado ao déficit neurológico e a sequelas deixadas pelo AVC e não pelo fato de o cuidador executar a tarefa pelo idoso.

O elevado nível de dependência dos idosos foi apontando como uma demanda intensa nos cuidados para atender as necessidades destes, levando o cuidador a um maior esforço e desconforto associado, provocando desgastes nas cuidadoras, especialmente nas ocasiões em que realizavam higienização do idoso, levando a um sentimento de tensão, antes mesmo dos cuidados serem realizados (FERNANDES; GARCIA, 2009^a).

Estudo realizado por Gurgel, Pinto e Oliveira (2012) verificou uma correlação entre a sobrecarga física do cuidador e a dependência do paciente com AVC, pois para os cuidados destes foi necessário um maior esforço físico. Souza, Hanus e Libera (2015), puderam observar que os quadros dolorosos devido à assistência dos cuidados estavam intimamente relacionados à sobrecarga física e emocional do cuidador e que, quanto maior a dependência do idoso, maiores são as chances dos cuidadores desenvolverem esses quadros algícos.

A independência a nível cognitivo também foi apontada, em nosso estudo, como uma variável que está inversamente relacionada a um maior nível de sobrecarga do cuidador e corrobora o estudo realizado por Sequeira (2010), onde o mesmo observou que cuidadores de idosos com alterações cognitivas se encontravam mais susceptíveis à sobrecarga, em consequência da prestação de cuidados, por uma maior demanda e da relação interpessoal fragilizada.

6.9 FATORES PESSOAIS DO CUIDADOR E DO IDOSO X SOBRECARGA

No presente estudo, dentre todas as variáveis em relação ao cuidador que foram determinantes para sobrecarga, foi o fato do cuidador reside com o idoso, o estado civil, e tempo de cuidado, indicando que morar com o idoso, ser solteiro e ter um tempo de cuidado maior aumentaram o risco do cuidador desenvolver a sobrecarga. Em relação aos fatores

pessoais do idoso, no nosso estudo houve maior prevalência de sobrecarga no grupo de cuidadores de idosos do sexo masculino, com idade de 81 ou mais anos, verificando-se maior prevalência de sobrecarga no grupo de cuidadores de idosos com AVC hemorrágico e que teve mais de um AVC. Porém as características do idoso não influenciaram no risco para sobrecarga.

Quanto ao fato de morar com o idoso, a pesquisa realizada por Flores et al. (2010), destaca que esta condição pode ser vista de forma positiva, pois isso pode levar o cuidador a estar mais disponível, para os cuidados com o idoso e significou atenção e valorização do idoso pelas outras gerações. Isso difere de nosso estudo, onde grande parte dos cuidadores que moravam com o idoso apresentavam um maior risco de desenvolver a sobrecarga. Para CASSIS et al., (2007) o fato de o cuidador residir com idoso aumentou a pontuação na escala de sobrecarga, significativamente e esteve associado a um maior estresse, devido ao cuidador apresentar um maior tempo disponível para os cuidados.

A sobrecarga foi maior em nosso estudo nos cuidadores que cuidavam de forma integral. Para Neri e Sommerhalder (2012) um dos efeitos negativos da sobrecarga foi a falta de tempo na vida particular das cuidadoras para realizar atividades de lazer, com a família e amigos, consequência da demanda e tempo na assistência ao cuidado.

O fato de residir com o idoso no nosso estudo relacionar-se com um aumento da sobrecarga corroborando com os achados por Loureiro et al., (2013), relataram que, embora residir com o idoso dependente possibilite um maior suporte de cuidados, foi observado em sua amostra que o cuidador apresentava uma maior sobrecarga e isso se deu por ele viver em arranjos multigeracionais, com uma maior quantidade de pessoas sob o mesmo teto, podendo também gerar outras demandas, além dos cuidados com o idoso, o cuidador a ter que se responsabilizar por outras atividades em relação à família.

Para Martins, Ribeiro e Garret (2004) os cuidadores informais que coabitam com seus familiares idosos apresentavam uma maior sobrecarga e implicações na vida pessoal, pois dependiam de mais horas de cuidado e pior estado de saúde do familiar. Isso é diferente do que foi encontrado por Marques (2004), onde os cuidadores que prestavam assistência ao idoso e que residiam no mesmo domicílio evidenciaram uma menor sobrecarga.

Em relação a sobrecarga ser maior nas pessoas solteiras no nosso estudo, as casadas são as mais evidentes assim como nos estudos nacionais e internacionais (LARRANAGA; MARTIN; BACIGALUPE, 2008, GRATAO; DO VALE; RORIZ-CRUZ, 2010, PERLINI; FARO et al., 2005), não foi encontrada na literatura justificativa ou correlação sobre ser cuidador

solteiro e uma correlação com a sobrecarga. Porém podemos sugerir que essa relação pode ter ocorrido devido ao fato do cuidador solteiro está diante de uma demanda de cuidados contínuos e não dispor de tempo para lazer ou relacionamentos, se sentindo mais sobrecarregado.

Em relação ao aumento da sobrecarga em cuidadores de idosos com 80 anos ou mais, isso pode ter ocorrido devido ao aumento expressivo das incapacidades funcionais entre indivíduos mais idosos, pois, segundo Rosa et al. (2003), no caso do idoso entre 65 a 69 anos a chance de desenvolver incapacidade funcional é de apenas 1,9 e nos idosos de mais de 80 anos verifica-se um aumento do risco até cerca de 36 vezes de desenvolver as incapacidades.

Dentre todas as variáveis relevantes na presente pesquisa, temos que os determinantes, para desenvolver a sobrecarga foi relevante quando o idoso apresentava dependência funcional e quando o cuidador residia com o idoso, apresentando um risco maior para o desenvolvimento da sobrecarga do cuidador. A seguir iremos apresentar as conclusões do presente estudo.

7 CONCLUSÃO

Conforme os objetivos propostos e os resultados obtidos neste estudo podemos observar que o perfil pessoal e clínico dos cuidadores em sua maioria é mulher, filha de meia idade com baixa escolaridade, que recebem baixos salários esses geralmente oriundos da aposentadoria dos idosos assistidos, pois grande parte estava em situação desemprego. Os cuidadores por prestarem assistência aos idosos de forma integral, não tinham tempo para cuidar de sua saúde, gerando um maior estresse devido aos cuidados prestados, uma vez que a maioria dessas cuidadoras não contavam com apoio ou grupo de suporte social.

Em relação ao perfil do idoso a maioria era do sexo masculino, casado e com baixa escolaridade apresentavam idade média superior a 71 anos, onde podemos ver o aumento da longevidade nesta população com idosos muito idosos, a maioria morando na zona urbana. Em relação ao perfil clínico temos o AVC isquêmico com hemiparesia a direita mais prevalente, como comorbidades a hipertensão, diabetes, dislipidemia e tabagismo foram as doenças mais prevalentes nos idosos e que predispõe o risco para ao AVC.

No grau funcionalidade dos idosos, a maioria apresenta uma situação de moderada dependência. A sobrecarga do cuidador informal foi baixa, sendo a sobrecarga financeira a que mais impactou na sobrecarga de forma geral, justificado pela situação econômica precária e de baixa escolaridade que se encontravam os cuidadores. A dependência funcional apresentou uma correlação com a sobrecarga onde os cuidadores que se apresentavam mais sobrecarregados, eram aqueles que prestavam assistência aos idosos com uma maior dependência e isso talvez ocorreu devido a maiores necessidades de assistência nas tarefas do dia a dia.

Diante do exposto podemos concluir que os determinantes dentre todas as variáveis estudadas para a sobrecarga do cuidador informal de idosos pós-acidente vascular cerebral, foi o fato do cuidador residir com o idoso e a dependência funcional do idoso uma vez que quanto mais dependente maior a sobrecarga do cuidador.

O benefício da pesquisa com as informações obtidas, contribuíram para a compreensão de quem é o cuidador informal e das repercussões do cuidar de idosos com sequelas do acidente vascular cerebral no âmbito ambulatorial. Nos faz pensar na possibilidade do planejamento de ações para diminuir o estresse e a sobrecarga com uma visão para informações sobre as condições que os cuidadores tendem a enfrentar, a evolução provável da situação e a possibilidade de criação de serviços de apoio disponíveis aos cuidadores no

âmbito hospitalar. Esse conhecimento pode ajudar a tomada de decisões mais eficazes, em relação a intervenções e programas do governo para estabelecer, criação de serviços de apoio para quem recebe o cuidado e para o familiar, assistência remuneradas aos que vivem em situações precárias e não podem trabalhar por necessidade de prestar assistência ao seu parente dependente, incluir a comunidade, família e estado maior para atentarem a mudança do perfil populacional de idosos potencialmente dependentes.

Para os idosos, essa pesquisa tem a contribuir com informações para a compreensão de como as limitações pelo acidente vascular cerebral podem causar dependência e irá proporcionar um olhar mais criterioso dos profissionais de saúde fazendo com que os mesmos busquem adaptar o mais alto nível de independência dentro das limitações de cada paciente e intensificar todas as outras fases do processo de reabilitação, acontecendo desde a unidade de terapia intensiva (UTI) até o ambulatório, trabalhando em conjunto com a equipe multidisciplinar e seu familiar.

Em relações as limitações do estudo por se tratar de um estudo transversal indicam apenas uma relação de associação, sem estabelecer relações causais ou temporais. Como sugestão, faz necessário estudos longitudinais e estudos onde as variáveis podem ser adequadamente controladas e melhor interpretadas, dentro do evento causa e efeito. Ainda podemos sugerir que deve ser investigado em relação aos determinantes, quantas pessoas moram na casa e quem ajuda nos cuidados com o idoso pós -AVC.

REFERÊNCIAS

- ABREU, E. P.; RAMOS, S. I. V. O Regresso a Casa Do Doente Vertebro-Medular : O Papel Do Cuidador Informal. **Psicologia.com.pt - portal dos psicólogos**, p. 1–17, 2007. Disponível em: http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0366. Acesso em: 10/2/2017
- ALVES, L. C.; LEITE, I. D. C.; MACHADO, C. J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1199–1207, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400016. Acesso em: 10/1/2017
- AMENDOLA, F. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos em domicílio pelo programa de saúde da família do município de São Paulo. DISSERTAÇÃO DE MESTRADO- USP 2007
- AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A. D. E. C.; ALVARENGA, M. R. M. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes Dependentes no programa de saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 266–272, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01047072008000200007&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 30/8/2017
- ANDRADE, L. M.; COSTA, M. F.; CAETANO, J. A.; SOARES, E.; BESERRA, E. P. A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, v. 43, n. 1, p. 37–43, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342009000100005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15/7/2017
- ANDRÉ, S. M. F. S.; NUNES, M. M. J. C.; MARTINS, M. M. F. P. DA S.; RODRIGUES, V. M. C. P. Saúde mental em cuidadores informais de idosos dependentes pós-acidente vascular cerebral. **Revista de Enfermagem Referência**, v. III, n. 11, p. 85–94, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S0874->

02832013000300010&script=sci_arttext>. Acesso em 18/07/2017 .

ANJOS, K. F. DOS; BOERY, R. N. S. DE O.; PEREIRA, R.; et al. Association between social support and quality of life of relative caregivers of elderly dependents. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 5, p. 1321–1330, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232015000501321&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 30/8/2017 .

ARAÚJO, I.; PAÚL, C.; MARTINS, M. Viver com mais idade em contexto familiar:

Dependência no auto cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 45, n. 4, p. 869–875, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400011.

AREOSA, S. V. C.; HENZ, L. F.; LAWISCH, D.; AREOSA, R. C. Cuidar de si e do outro: estudo sobre os cuidadores de idosos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 15, n. 2, p. 482–494, 2014. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862014000200012 Acesso em 10/1/2017

AZEREDO, Z.; MATOS, E. Grau de Dependencia em Doentes que sofreram AVC. **Rfml**, v. 8, n. 4, p. 191–198, 2003. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000123&pid=S00806234201000030002900008&lng=pt. Acesso em: 12/4/2017

BAKAS, T; CHAMPION, V. Development and psychometric testing of the BAKAS Caregiving. Outcomes Scale. **Nursing Research**, V 48, n5 p. 250-259 Sop/Oct, 1999

BENSENOR, I. M.; GOULART, A. C.; SZWARCOWALD, C. L.; et al. Prevalence of stroke and associated disability in Brazil: National Health Survey - 2013. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 73, n. 9, p. 746–750, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004282X2015000900746&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 12/4/2017 .

BENVEGNU, A. B.; GOMES, L. A.; SOUZA, C. T. DE; et al. Avaliação da medida de

independência funcional de indivíduos com seqüelas de acidente vascular encefálico (AVE).

Revista Ciência & Saúde, v. 1, n. 2, p. 71–77, 2008. Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/civitas/ojs/index.php/faenfi/article/view/4115>.

BICALHO, C. S.; LACERDA, M. R.; CATAFESTA, F. Refletindo sobre quem é o cuidador familiar. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 118–123, 2008Disponível em:

<http://www.redalyc.org/pdf/4836/483648978016.pdf>, acesso em 30/8/2017.

BORN, T. Cuidar Melhor e Evitar a Violência- Manual do Cuidador da Pessoa Idosa. –

Brasília : Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008., p. 330, 2008Disponível em:

<http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/legislacao/pdf/manual-do-cuidadora-da-pessoa-idosa>. Acesso em: 30/12/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador** Brasília- DF : Ministério da Saúde, 2008. Disponível em:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf. acesso em 3/8/2017

_____. **Constituição da república Federativa do Brasil, ART 230**, de 05 de

outubro 1988. Contém as emendas constitucionais posteriores. Brasília, DF, Senado, 1988

Disponível em: https://www.senado.gov.br/atividade/const/ver1988/VER1988_05.10.1988/art_230_.asp Acesso em: 12/04/2017

_____. **Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741**, 01 de outubro 2003. Brasília, DF:

Secretaria Especial dos direitos Humanos, 2004 Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm Acesso em: 12/4/2017

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com com Acidente Vascular Cerebral Diretrizes**. 2013. Disponível em:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf Acesso em: 12/4/2017

BRITO V. C., FIALHO.A.V.M;FREITAS.C.H.A;JORGE.M.S.V Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 3, p. 570–579, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019943023>>. Acesso em:30/8/2017 .

CALDAS, C. P. Aging with dependence: family needs and responsibilities. **Cadernos de saude publica / Ministerio da Saude, Fundacao Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saude Publica**, v. 19, n. 3, p. 773–781, 2003.Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300009. Acesso em:12/4/2017

CAMPOS-SOUSA, R. N.; SOARES, V. Y. R.; ALMEIDA, K. J. S.; et al. Knowledge of stroke among a Brazilian urban population. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 65, n. 3 A, p. 587–591, 2007.Dsiponivel em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2007000400007. Acesso em:30/8/2017

CARMO, J.F; OLIVEIRA,E.R.A MORELATO, R.L Incapacidade funcional e fatores associados em idosos após o Acidente Vascular Cerebral em Vitória – ES , Brasil. , **Ver. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de JaneiRo, 2016; 19(5):809-818 Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403848026009>

CARVALHO, J.C;GUSMÃO,A.C; MATOS, M.A . Avaliação dos desfechos de funcionalidade e de mobilidade pós- acidente vascular cerebral. **Ver.Fac.Ciênc.Méd.**Sorocaba,v.15,n.4,p.100-104, 2013 Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/viewFile/10400/pdf>.Acesso em:12/3/2017

CASSIS, S. V. A.; KARNAKIS, T.; QUADRANTE, A. C. R.; CURIATI, J. A. E; MAGALDI, R. M. Correlação entre o estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 68, n. 6, p. 497–501, 2007.Disponívelem:[ttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010442302007000600015&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010442302007000600015&lng=pt&tlng=pt). Acesso em 10/1/2017

CECATTO, R. B.; ALMEIDA, C. I. DE. O planejamento da reabilitação na fase aguda após o acidente vascular encefálico. **Acta Fisiatr.** 2010; 17(1): 37 – 43 Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatr/article/view/103309/101752>Acesso em:30/8/2017

CLOSS, V. E.; SCHWANKE, C. H. A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 3, p. 443–458, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232012000300006&lng=pt&tlng=pt. Acesso em:12/6/2017 .

COSTA, T. F. DA; COSTA, K. N. DE F. M.; MARTINS, K. P.; FERNANDES, M. DAS G. DE M.; BRITO, S. DA S. Burden over family caregivers of elderly people with stroke. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 350–355, 2015. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20150048>>. Acesso em:30/8/2017.

CRUZ, K. C. T.; DIOGO, M. J. D. Avaliação da capacidade funcional de idosos com acidente vascular encefálico. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 666–672, 2009.Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002009000500011. Acesso em:12/4/2014

DUNCAN, B. B.; CHOR, D.; AQUINO, E. M. L.; et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: Prioridade para enfrentament e investigação. **Revista de Saude Publica**, v. 46, n. SUPPL.1, p. 126–134, 2012. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102012000700017&lng=en&nrm=iso>. access n 10 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000700017>.

EUZÉBIO, C. J. V.; RABINOVICH, E. P. Compreendendo o cuidador familiar do paciente com seqüela de acidente vascular encefálico. **Temas em Psi.**, v. 14, n. 1, p. 63–79, 2006. Disponível em: <http://www.sbponline.org.br/revista2/vol14n1/pdf/v14n01a08.pdf>>. Acesso em:30/8/2017 .

FALCÃO, I. V.; CARVALHO, E. M. F. DE; BARRETO, K. M. L.; LESSA, F. J. D.; LEITE, V. M. M. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 4, n.1, p.95-101, 2004. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000100009&lng=ver&nrm=iso access 10 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292004000100009>.

FERNANDES, M. B.; CABRAL, D. L.; SEKITANI, H. Y.; TEIXEIRA-SALMELA, L. F. Independência funcional de indivíduos hemiparéticos crônicos e sua relação com a fisioterapia. , **Fisioter Mov.** 2012 abr/jun;25(2):333-41 Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010351502012000200011&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502012000200011>

FERNANDES, M.; GARCIA, M.G. Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [ver linea] 2009a, 43 (Diciembre-Enero) : [Fecha de consulta: 4 de enero de 2017] Disponible ver: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033300012>> ISSN

FERNANDES, M. DAS G. M.; GARCIA, T. R. REBE. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes **Revista Brasileira de Enfermagem Reben**, v. 62, n. 3, p. 57–63, 2009b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100009>. Acesso em: 30/8/2017

FIALHO, A. V. M.; VIEIRA, C. P. B. Perfil de cuidadores familiares com acidente vascular cerebral isquêmico. **Ver. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 2, p. 161-169, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/12352> Acesso em: 13/2/2017 .

FIGUEIREDO, V. L. M. Estilo de vida como indicador de saúde na velhice. **Ciências e Cognição/Science and ...**, v. 12, n. 4, p. 156–164, 2007. Disponível em: <<http://cienciasecognicao.tempsite.ws/revista/index.php/cec/article/view/633>>. Acesso em: 13/2/2017 .

FLORES, G. C.; BORGES, Z. N.; DENARDIN-BUDÓ, M. D. L.; MATTIONI, F. C. Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. **Revista Gaúcha de Enfermagem (Online)**, v. 31, n. 3, p. 467–474, 2010. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/12255/10874>. Acesso em: 13/2/2017

FONSECA, A. M. DA; SOARES, E. O Processo Saúde-Doença e o Cuidado Domiciliário ao Portador de Doença de Alzheimer. **Fam. Saúde Desenv.**, , n. 21, p. 163–167, 2006. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/refased/article/view/7990>. Acesso em 14/6/2017

GILES, M. F.; ROTHWELL, P. M. Measuring the prevalence of stroke. **Neuroepidemiology**, v. 30, n. 4, p. 205–206, 2008. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/Pdf/126913>. Acesso em: 13/11/2017

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M.; SENA, E. L. DA S.; SANTANA, L. W. DA S.; VICENTE, F. R. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Texto & Contexto - Enfermagem**, , n. July 2014, p. 570–577, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000400004&lang=pt. Acesso em: 30/8/2017.

GRATAO, A. C. M.; DO VALE, F. D. A. C.; RORIZ-CRUZ, M.; et al. The demands of family caregivers of elderly individuals with dementia. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, v. 44, n. 4, p. 873–80, 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21329110>. Acesso em: 30/8/2017

GURGEL, D. A.; PINTO, F.; OLIVEIRA, D. A. Cuidador de idoso doente crônico e suas dificuldades Caregiver for elderly patient chronic and difficulties. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 15, n. 2, p. 129–143, 2012. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br//index.php/kairos/article/view/13110/9639>. Acesso em: 2/1/2017

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e estatística 2013, Disponível em:(<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000014425608112013563329137649.pdf>) Acesso em 22/4/2016.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008;13(4):1107-1111. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013402>

KALACHE, Alexandre; VERAS, Renato P.; RAMOS, Luiz Roberto. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Ver. Saúde Pública**, São Paulo , v. 21, n. 3, p. 200-210, June 1987 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-891019870003000005&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-891019870003000005>.

LARRAÑAGA, I.; MARTIN, U.; BACIGALUPE, A.; et al. Impacto del cuidado informal ver la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. **Gaceta Sanitaria**, v. 22, n. 5, p. 443–450, 2008. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911108724191>>. Acesso em:30/8/2017

LAVINSKY, A.; TEIXEIRA VIEIRA, T. Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: Sentimentos dos familiares envolvidos. **Acta Scientiarum - Health Sciences**, v. 26, n. 1, p. 41–45, 2004.Disponível em: <http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2010/01/idosos-com-ave>.Acesso em:30/6/2017

LENDART.M.H; WILLIG.M.H; SEIMA.M.D; PEREIRA L.F. A condição de saúde e satisfação com a vida do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. *Colomb Med*. 2011; 42 (Supl 1): 17-25Disponível em: <http://www.bioline.org.br/pdf?rc11036>. Acesso em 2/1/2018

LOUREIRO, L. DE S. N.; FERNANDES, M. DAS G. M.; MARQUES, S.; NÓBREGA, M. M. L. DA; RODRIGUES, R. A. P. Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos:

prevalência e associação com características do idoso e do cuidador. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, v. 47, n. 5, p. 1133–1140, 2013 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt_0080-6234-reeusp-47-05-1129.pdf Acesso em: 7/6/2017.

MACHADO, A. L. G.; FREITAS, C. H. A. DE; JORGE, M. S. B. O fazer do cuidador familiar: significados e crenças. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 5, p. 530–534, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000500009&lang=pt>. Acesso em: 30/8/2017.

MARQUES, S. Os cuidados informais de doentes com acidente vascular cerebral. **Interacções**, v. 9, n. 1990, p. 130–141, 2005. Disponível em: <<http://interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/viewFile/171/175>>. Acesso em 12/6/2017 .

MARTINS, T.; RIBEIRO, J. P.; GARRET, C. Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 4, n. 1, p. 131–148, 2003. Disponível em : <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/11064/1/84166.pdf>. Acesso em: 20/6/2016

MARTINS, T; RIBEIRO, JP, GARRET C. Questionário de Avaliação de Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI): Reavaliação das Propriedades Psicométricas. **Rev. Referência Coimbra**, n 11, p. 19–31. 2004. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/5505/2/82922.pdf> Acesso em: 12/6/2017

MAZZA, M. M. P. R.; LEFÈVRE, F. Cuidar em família: Análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. **Ver Bras Cresc Desenv Hum**, v. 15, n. 1, p. 1–10, 2005. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/19744>. Acesso em: 30/12/2017

MEDEIROS MMC. Adaptação ao contexto cultural brasileiro e validação do "caregiver burden scale". **Ver. Bras Reumatol**, São Paulo, v38, p 193-199, 1998

Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=296523&indexSearch=IDh>
Acesso em: 12/6/2017

MELOROSE, J.; PERROY, R.; CAREAS, S. World population prospects. **United Nations**, v. 1, n. 6042, p. 587–92, 2015. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21798940>>. Acesso em 22/6/2017.

MINAYO, MCS., and COIMBRA JUNIOR, CEA., orgs. Antropologia, saúde e envelhecimento [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. Antropologia & Saúde collection, 209 p. ISBN: 978-85-7541-304-3. Disponível em:
<http://books.scielo.org/id/d2frp/pdf/minayo-9788575413043.pdf>. Acesso em: 22/10/2017

MONTEIRO, E. A. Validação do questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal em uma amostra de cuidadores Brasileiros. DISSERTAÇÃO DE MESTRADO. Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo 2014

MONTEIRO, E. A.; MAZIN, S. C.; DANTAS, R. A. S. Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal: validação para o Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 3, p. 421–428, 2015. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000300421&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 30/6/2016.

NETTO, M. P.; RODRIGUES YUASO, D.; KITADAI, F. T. Longevidade: desafio no terceiro milênio. **O Mundo Da Saúde**, v. 29, p. 594–607, 2005. Disponível em:
<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/32/13_Longevidad._desafios3mil.pdf>. Acesso em: 22/10/2017

NETO O.M.P; Livreto **AVCBRASIL**, 2017 Disponível em :
http://olhandonet.com.br/campanha-avc2015/docs/livreto_port_avc.pdf acesso em 22/10/2017

NERI, A.L.; SOMMERHALDER, C. As Várias Faces do Cuidado e do Bem-estar do Cuidador. CAP 1. NERI, Anita Liberalesso (org.). **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais**. 3. ed. Campinas: Alínea, 2012

NERI, A.L.; PERRACINI, C. As Várias Faces do Cuidado e do Bem-estar do Cuidador. CAP 4. NERI, Anita Liberalesso (org.). **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais**. 3. ed. Campinas: Alínea, 2012

NÓVAK, E. M.; HIROKI, V. DE; ZÉTOLA, F. Conhecimento Leigo sobre doença vascular encefálica. **Arq Neuropsiquiatr** 2003;61(3-B) p.772-776. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000500013&lng=en&nrm=iso>. access on 3 Jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500013>

OLIVEIRA, B. C.; GARANHANI, M. L.; GARANHANI, M. R. Cuidador de pessoa com acidente vascular encefálico - necessidades, sentimentos e orientações recebidas. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 43–49, 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000100006&lng=en&nrm=iso>. access on 2 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000100006>.

OMS- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais**. Genebra.2006. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/46616252/Avc-Livro-Oms>Acesso em: 7/11/2016

_____ Envelhecimento ativo: uma política de saúde / **Organização Mundial da Saúde**; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf Acesso e: 1/6/2017

PEDREIRA, L. C.; LOPES, R. L. M. Cuidados domiciliares ao idoso que sofreu Acidente Vascular Cerebral. **Ver Bras Enferm**, v. 63, n. 5, p. 837–840, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500023>.

Acesso em:30/8/2017.

PEREIRA, R. A.; DOS SANTOS, E. B.; FHON, J. R. S.; MARQUES, S.; RODRIGUES, R. A. P. Burden on caregivers of elderly victims of cerebrovascular accident. **Revista da Escola de Enfermagem**, 2013.Disponível em:

<https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/download/52868/56788>.Acesso em:7/8/2016

PERLINI, Nara Marilene Oliveira Girardon; FARO, Ana Cristina Mancussi e. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. **Ver. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 39, n. 2, p. 154-163, June 2005

. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000200005&lng=en&nrm=iso>. access

on 10 Jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000200005>.

PIMENTA,G.M.F; COSTA.M.A.S.C; GONÇALVES.L.H.T; ALVAREZ.A.M . Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. **Ver. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 43, n. 3, p. 609-614, Sept. 2009

. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300016&lng=en&nrm=iso>. access

on 10 Jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000300016>.

PINTO, M. F.; BARBOSA, D. A.; DE LUCENA FERRETI, C. E.;

SOUZA,F.L;FRAM,D.F;BALASCO,A.G.S. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 652–657,

2009.Disponível em: <http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v22/n5/v22n5a9.pdf>.Acesso

em:30/8/2017

PIRES, S. L; GAGLIARDI, R. .J; GORZONI, M. L. Estudo das freqüências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. **Arq. Neuro-**

Psiquiatr., São Paulo , v. 62, n. 3b, p. 844-851, Sept. 2004 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2004000500020&lng=en&nrm=iso>. access

on 10 Jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2004000500020>.

PIROPO, T. G.; DURÊS, A.; SILVA, L. W.; D'ALENCAR, M. S. Estilo de vida de pessoas idosas pós- acidente vascular encefálico e sua relação com a assistência de fisioterapia em domicílio. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 13, n. 2, p. 41–56, 2010. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/5365/3845>> Acesso em: 5/11/2016

PLOUFFE, L.; VOELCKER, I.; KALACHE, A. **ENVELHECIMENTO ATIVO: Um Marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade**. 2015. Disponível em: <http://ilcbrazil.org/portugues/wp-content/uploads/sites/4/2016/02/Envelhecimento-Ativo.pdf>. Acesso em: 12/6/2016

QUEIROZ, Z. P. V. DE; LEMOS, N. DE F. D.; RAMOS, L. R. Fatores potencialmente associados à negligência doméstica entre idosos atendidos em programa de assistência domiciliar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2815–2824, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600019&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12/11/2017 .

REIS, R. D.; PEREIRA, E. C.; SILVA, J. V. DA. Meanings attributed by family members to the act of caring for elderly people with stroke sequels. **Acta Scientiarum: Health Sciences**, Vol 39, Iss 1, Pp 65-70 (2017) VO - 39, , n. 1, p. 65, 2017. Disponível em: <<https://login.e.bibl.liu.se/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsdoj&AN=edsdoj.f02f33c12ba440cb10d776aa2b2f24e&site=eds-live&scope=site>>. Acesso em: 07/12/2017 .

REIMER, S.C et al. The burden of caregiving in partners of long-term stroke survivors. **Stroke**, v 29.373-379, 1988.

Disponívelem: <http://stroke.ahajournals.org/content/29/8/1605.long>. Acesso em: 30/8/2017

RIBERTO, M.; MIYAZAKI, M. H.; JUCÁ, S. S. H.; SAKAMOTO, H.; POTIGUARA, P. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional Validation of the Brazilian version of Functional Independence Measure. **Acta Fisiátrica**, v. 11, p. 3–7, 2004. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102481>. Acesso em: 30/8/2017

RIBERTO.M; MIYAZAKI. M.H; JUCÁ. S.S.H; LOURENÇO.C; BATTISTELLA.L.R Independência funcional em pessoas com lesões encefálicas adquiridas sob reabilitação ambulatorial. **Acta Fisiátr.**, v. 14, n. 2, p. 87–94, 2007. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102795/101078>. Acesso em: 30/8/2017

RIBERTO, M.; MIYAZAKI, M.; JORGE FILHO, D.; SAKAMOTO, H.; BATTISTELLA, L. R. Reprodutibilidade da versão brasileira da medida de independência funcional. **Acta Fisiátrica**, v. 8, n. 1, p. 45–52, 2001. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=290190&indexSearch=ID>>. Acesso em: 30/8/2017

ROCHA, M. P. F.; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. DE. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 6, p. 801–808, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000600002&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 30/8/2017 .

RODGERS, H.; GREENAWAY, J.; DAVIES, T.; et al. Risk Factors for First-Ever Stroke in Older People in the North East of England: A Population-Based Study. **Stroke**, v. 35, n. 1, p. 7–11, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14657457>. Acesso em: 7/8/2016

RODRIGUES. J.E; MACHADO.A.L.G; VIEIRA.N.F.C; FERNANDES.A.F.C;
REBOUÇASC.B.A. QUALIDADE DE VIDA E SOBRECARGA DE CUIDADORES
FAMILIARES DE IDOSOS DEPENDENTES. **Cienc. enferm.**, Concepción , v. 20, n. 3, p.
119-129, dez. 2014. Disponível em
<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000300011&lng=pt&nrm=iso>. acessos
em 05 jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000300011>.

RODRIGUES, M. P. G. Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal-
versão reduzida. **Escola Superior de Enfermagem do Porto**, v. Mestrado, p. 132,
2011.Disponível em:
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/1781/1/Marta%20Rodrigues%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20Final.pdf>.Acesso em:16/4/2016

RODRIGUES, R. A. P.; MARQUES, S.; KUSUMOTA, L.; et al. Transição do cuidado com o
idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa. **Ver. Latino-Am. Enfermagem**,
v. 21, n. spec, 2013.Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_27.pdf.Acesso
em:7/9/2016

ROSA, T;AQUINO B. M. H.; DIAS LATORRE, M. DO R.; RAMOS, L. R. Fatores
determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saude Publica**, v. 37, n. 1, p.
40–48, 2003.Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000100008.Acesso em:1/6/2017

SANTOS AA, PAVARINI SCI. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em
diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Ver Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2010
mar;31(1):115-22.Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n1/a16v31n1.pdf>.
Acesso em:12/5/2016

SANTOS, E. B. DOS; RODRIGUES, R. A. P.; PONTES-NETO, O. M. Prevalence and
predictors of post stroke depression among elderly stroke survivors. **Arquivos de Neuro-
Psiquiatria**, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2016000800621&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 7/10/2017

SANTOS, N. M. D. F.; TAVARES, D. M. D. S. Correlação entre qualidade de vida e morbidade do cuidador de idoso com acidente vascular encefálico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000400025. Acesso em: 12/2/2017

SCAZUFCA, M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, n. 1, p. 10–15, 2002. disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000100006. Acesso em: 1/10/16

SCHUSTER, R. C.; DALBOSCO, V. Efeitos da estimulação elétrica funcional (FES) sobre o padrão de marcha de pacientes a hemiparéticos. **Acta Fisiatr**, v. 14, n. 2, p. 82–5, 2007. disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=536603&indexSearch=ID> Acesso em: 2/12/2017

SEQUEIRA, C. Adaptação e Validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. **Revista Referência**, v. 12, p. 9–16, 2010. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-0916.pdf>. acesso em: 2/12/2017

SILVA, A. C. LODOVICI, F. M. M.; LOPES, F. V. C.; CONCONE, M. H. B et al. Idosos acometidos por Acidente Vascular Encefálico: uma visão gerontogeriatrica, a partir do levantamento bibliográfico de trabalhos publicados na Revista Kairós Gerontologia. **Revista Kairós : Gerontologia**, [S.l.], v. 18, n. 1, p. 151-162, mar. 2015. ISSN 2176-901X. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/25515/18180>>. Acesso em: 01 out. 2017.

SILVA, I.; NEVES, C.; VILELA, A.; BASTOS, L.; HENRIQUES, M. Viver e Cuidar Após o Acidente Vascular Cerebral. **Revista de Enfermagem Referência**, v. Série IV, n. N.º 8, p.

103–111, 2016. Disponível em <

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S087402832016000100012>acesso em:2/12/2017

SOUZA, L. R. DE; HANUS, J. S.; DELA LIBERA, L. B.; et al. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 140–149, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2015000200140&lng=pt&tlng=pt>. acesso em:24/4/2017 .

SUZMAN, R.; BEARD, J. Global Health and Aging. **NIH Publication no 117737**, v. 1, n. 4, p. 273–277, 2011. Disponível em: <[http://links.jstor.org/sici?sici=0095-9006\(196024\)1:4%3C273:HAA%3E2.0.CO;2-C](http://links.jstor.org/sici?sici=0095-9006(196024)1:4%3C273:HAA%3E2.0.CO;2-C)>. acesso em:2/12/2017.

THAME, A. C. F.; PINHO, P. A.; REYS, B.; RODRIGUES, A. C. A reabilitação funcional do membro superior de pacientes espásticos, pós Acidente Vascular Cerebral (AVC). **Revista Neurociências**, v. 18, n. 2, p. 179–185, 2010. Disponível em:

<<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1802/324%20relato%20de%20caso.pdf>>acesso em:12/5/16

TOMÁS, R.; CLÁUDIO, I. S.; COELHO, I. J.; MARREIROS, I. H. ORIGINAL WORK A Idade é uma Variável Preditora da Funcionalidade após Acidente Vascular Cerebral .Um Estudo multi-análises. **Ver. SPMFR**. Vol 17 n Ip. 44-48 (2009)Disponível em

<<https://spmfrjournal.org/index.php/spmfr/article/view/61>> Acesso em 13/4/2016

VALLE-ALONSO, M. J.; HERNÁNDEZ-LÓPEZ, I. E.; ZÚÑIGA-VARGAS, M. L.; MARTÍNEZ-AGUILERA, P. Sobrecarga y Burnout ver cuidadores informales del adulto mayor. **Enfermería Universitaria**, v. 12, n. 1, p. 19–27, 2015. Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Disponível em:

<<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1665706315000184>>. Acesso em: 12/7/16.

VIANA, F. P.; LORENZO, A. C. DE; OLIVEIRA, É. F. DE; RESENDE, S. M. Medida de independência funcional nas atividades de vida diária em idosos com seqüelas de acidente vascular encefálico no Complexo Gerontológico Sagrada Família de Goiânia. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 11, n. 1, p. 17–28, 2008. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232008000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em:12/6/2017

WACHHOLZ, P. A.; FIAMONCINI, F. K. Diferenças Intergeracionais no contexto brasileiro: reflexões e perespectivas. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**, v. 9, p. 7–24, 2006. Disponível em: <<http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf>>. Acesso em:01/06/2017

APÊNDICE A -TERMO DE CONSENTIMENTO LEIVRE E ESCLARECIDO CUIDADOR



Figueira Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA OS CUIDADORES MAIORES DE 18 ANOS – Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa sobre **RELAÇÃO ENTRE A SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL E INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DE IDOSOS PÓS-ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) **Renata Vieira da Costa, residente no endereço Rua Samuel de Farias N122, APT 403 bloco A, Bairro: Santana, Recife -PE, CEP: 52060-430, com telefone e e-mail: 81. 99618.41.47/ 81 30335715; renatavieira_3@hotmail.com**, o mesmo podendo receber inclusive ligações a cobrar.

Também participam desta pesquisa os pesquisadores coorientador (a): **Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos, Telefone para contato: 081 99904 6684** e está sob a orientação de: **Maria Lúcia Gurgel da Costa Telefone: 081. 99133 1124, e-mail Malu.gurgel@terra.co.br**.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

O objetivo deste estudo é relacionar a sobrecarga do cuidador informal com o grau de independência funcional de idosos pós-acidente vascular encefálico.

Para avaliar a sobrecarga do cuidado será utilizado o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI), este questionário é composto por 32 itens, que integram sete dimensões: Implicações na vida pessoal (11 itens); Satisfação com o papel e

com o familiar (cinco itens); Reações às exigências (cinco itens); Sobrecarga emocional (quatro itens); Apoio familiar (dois itens); Sobrecarga financeira (dois itens) e Percepção dos mecanismos de eficácia e de controle (três itens). Cada item é avaliado por uma escala ordinal de frequência que varia de um a cinco categorias de respostas: “Não/nunca”, “Raramente”, “Às vezes”, “Quase sempre”, “Sempre”. O escore final resulta da soma total das respostas obtidas para os 32 itens (intervalo possível de 32 a 160) referentes a cada domínio, divididos pelo número total de domínios ou por meio da média dos itens (intervalo de um a cinco), após a inversão das pontuações dos itens das três dimensões positivas. Aferimos que os valores mais altos correspondem a situações com maior peso ou maior sobrecarga.

E para coleta de dados sobre aspectos sócio econômico será realizado através de uma ficha de avaliação produzida pelo pesquisador contendo informações do perfil do cuidador. Esses dados só serão coletados apenas uma vez, durante a internação do paciente, para coletar esses dados só será necessário responder os questionários durante o período.

BENEFÍCIOS

O benefício da pesquisa com as informações obtidas, contribuirão com acréscimo, para a compreensão de quem é o cuidador informal e das repercussões do cuidar de pacientes com sequelas do acidente vascular encefálico no âmbito domiciliar. Irá também, possibilitar o planejamento de ações para diminuir o estresse e sobrecarga com uma visão para informações sobre as condições que têm de enfrentar, a evolução provável da situação e a possibilidade de criação de serviços de apoio disponíveis a vocês cuidadores no âmbito hospitalar.

RISCOS

- Esta coleta de dados através de fichas e questionários não oferece ações que possam causar danos físicos de qualquer natureza aos seres humanos envolvidos nela.
- O único risco será o constrangimento em ser arguido por uma pessoa estranha, com perguntas sobre sua vida e sua relação com o idoso, que pode a partir desta levar a uma reflexão sobre a mesma de forma negativa.
- Para minimizar o risco, o pesquisador irá avaliar o cuidador e o idoso de forma individual e sendo este um profissional da equipe, já conhecido pelo paciente.
- Caso o familiar não queira participar do estudo, o mesmo não será penalizado na realização de seu atendimento.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito, ou mudança no seu tratamento e acompanhamento médico nesta instituição. Você poderá retirar seu

consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada e a coleta de dados relativos à pesquisa será imediatamente interrompida.

CONFIDENCIALIDADE

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa entrevistas e questionários, ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora Renata Vieira da Costa, no endereço Rua Samuel de Farias N122, APT 403 bloco A, Santana, Recife -PE, CEP: 52060430, pelo período de mínimo 5 anos.

Como garantia de rigor científico e para autorização desta, o banco de dados de qualquer pesquisa realizada na instituição do hospital Pelopidas Silveira deverá ser digitalizada e depositado no departamento de ensino e pesquisa do hospital- DEP-HPS.

CUSTOS

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre esta pesquisa, entre em contato com o comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do IMIP (CEP-IMIP) que objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas. O CEP-IMIP está situado à Rua dos Coelhos, nº 300, Boa Vista. Diretoria de Pesquisa do IMIP, Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar tel: 2122-4756 – Email: comitedeetica@imip.org.br O CEP/IMIP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 07:00 às 11:30 h (manhã) e 13:30 às 16:00h (tarde)

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito do estudo. Ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados, riscos, benefícios e a garantia de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa:

_____ Impressão digital:

Nome e Assinatura do participante

Local e data _____

_____ Data / ____ / ____

Nome e Assinatura do Responsável Legal/Testemunha Imparcial (quando pertinente)

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação desta pesquisa.

_____ / ____ / ____
Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do Termo Data

APENDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LEIVRE E ESCLARECIDO IDOSO



Figueira Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PARA OS IDOSOS OU ACOMPANHANTE RESPONSÁVEL PELO IDOSO – Resolução 466/12)

*O tamanho da fonte irá ser compatível com a leitura para o idoso, fonte tamanho 14.

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa sobre **RELAÇÃO ENTRE A SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL E INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DE IDOSOS PÓS-ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) **Renata Vieira da Costa, residente no endereço Rua Samuel de Farias N122, APT 403 bloco A, Bairro: Santana, Recife -PE, CEP: 52060-430, com telefone e e-mail: 81. 99618.41.47/ 81 30335715; renatavieira_3@hotmail.com**, o mesmo podendo receber inclusive ligações a cobrar.

Também participam desta pesquisa os pesquisadores coorientador (a): **Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos, Telefone para contato: 081 99904 6684** e está sob a orientação de: **Maria Lúcia Gurgel da Costa Telefone: 081. 99133 1124, e-mail Malu.gurgel@terra.co.br**.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

O objetivo deste estudo é relacionar a sobrecarga do cuidador informal com o grau de independência funcional de idosos pós-acidente vascular encefálico.

Para avaliar a sua capacidade funcional, que seria a manutenção e desempenho de certos gestos e de algumas atividades da vida cotidiana será utilizada a medida de incapacidade funcional (MIF) esta medida de não envolvem nenhum risco à saúde e não interfere no seu tratamento médico. Na escala MIF você responderá como consegue realizar essas atividades, com ou sem auxílio de outras pessoas, tais como: - alimentar, vestir, pentear e escovar o cabelo, realizar a higiene íntima, se consegue controlar a “bexiga” e o “intestino”; - movimentar da cama para a cadeira, para o banheiro, para o chuveiro, para a banheira, para o vaso sanitário, em escadas e/ou em cadeira de rodas; - entender as recomendações escritas e faladas quando se dirige em locais para atendimento médico e hospitalar e depois consegue explicar (fazer-se compreender) para seus familiares e amigos; - participar com os outros nas situações para seu tratamento médico em encontros familiares e sociais; - tomar decisão a respeito de internação, fazer ou não uma cirurgia, tomar remédios nos horários determinados pelo médico, participar na decisão sobre sua alta hospitalar e decisões envolvendo sua casa e familiares; - reconhecer as pessoas que encontra com frequência e lembrar de suas atividades diárias de cuidado e lazer.

E para coleta de dados sobre aspectos sócio econômico será realizado através de uma ficha de avaliação produzida pelo pesquisador contendo informações do perfil do paciente.

BENEFÍCIOS

O benefício da pesquisa com as informações obtidas, contribuirão com acréscimo, para a compreensão de como as limitações pelo acidente vascular encefálico podem causar dependência e irá proporcionar um olhar mais criterioso dos profissionais de saúde fazendo com que os mesmos busquem adaptar o mais alto nível de independência dentro das limitações de cada paciente e intensificar todas as outras fases do processo de reabilitação, com o apoio de uma equipe multidisciplinar.

RISCOS

- Esta coleta de dados através de fichas e questionários não oferece ações que possam causar danos físicos de qualquer natureza aos seres humanos envolvidos nela.
- O único risco será o constrangimento em ser arguido por uma pessoa estranha, com perguntas sobre sua vida e a manutenção e desempenho de certos gestos e de algumas atividades da vida cotidiana, a capacidade funcional, que pode a partir desta levar a uma reflexão sobre a mesma, de forma negativa.
- Para minimizar o risco, o pesquisador irá avaliar o idoso de forma individual e sendo este um profissional da equipe, já conhecido pelo paciente.

- Caso você não queira participar do estudo, não será penalizado na realização de seu atendimento.

Esses dados só serão coletados apenas uma vez, durante a internação do paciente, para coletar esses dados só será necessário responder os questionários durante o período.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa entrevistas e questionários, ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora Renata Vieira da Costa, no endereço Rua Samuel de Farias N122, APT 403 bloco A, Santana, Recife -PE, CEP: 52060430, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre esta pesquisa, entre em contato com o comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do IMIP (CEP-IMIP) que objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas. O CEP-IMIP está situado à Rua dos Coelho, nº 300, Boa Vista. Diretoria de Pesquisa do IMIP, Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar tel: 2122-4756 – Email: comitedeetica@imip.org.br O CEP/IMIP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 07:00 às 11:30 h (manhã) e 13:30 às 16:00h (tarde)

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação desta pesquisa. Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do Termo Data

_____/_____/_____
Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do Termo Data

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado após a leitura (ou a escuta da leitura) deste doc

umento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **RELAÇÃO ENTRE A SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL E INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DE IDOSOS PÓS-ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento).

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

Impressão digital:

Local e data _____

Nome e Assinatura do participante /Responsável Legal:

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.

Nome e Assinatura:

(02 testemunhas não ligadas
à equipe de pesquisadores

Local e Data:_____

APÊNDICE C – PERFIL CUIDADOR



PERFIL CUIDADOR:

Nome: _____ Gênero: _____ Telefone: _____

Grau de Parentesco: _____ Reside como Idoso Sim () ou Não ()

Idade: _____ Estado Civil: _____ Escolaridade _____

Profissão _____ Religião: _____

Renda _____

Mora em Zona Rural () Mora em Zona urbana ()

O (os) Motivo (os) que o levaram a ser cuidador:

Possui algum Problema de saúde? _____

Qual: _____

Há quanto tempo é cuidador? () Menos de 6 meses () 1 ano () 2 anos () 3 anos () Mais de 3 anos

Tempo de cuidado:

() Parcial _____ horas/dia () Integral (24 horas/dia)

() Alguns dias da semana () todos os dias da semana () Todos os dias, menos no final de semana

Realiza outras tarefas além do cuidar? () Sim () Não

Quais: _____ Participa de algum grupo de suporte social? () Sim () Não

APÊNDICE D – PERFIL IDOSO**PERFIL IDOSO**

Nome: _____ Telefone: _____ Endereço: _____
Idade: _____ Estado Civil: _____ Escolaridade _____
Profissão _____ Religião: _____ Mora em
Zona Rural () Mora em Zona urbana ()

HDA: _____
DIGNÓSTICO: AVE Isquêmico () AVE hemorrágico ()
TEMPO PÓS-AVE _____
JÁ TEVE MAIS DE 1 AVE? _____ QUANTOS? _____
HEMIPLEGIA A DIREITA () OU A ESQUERDA ()
COMORBIDADES: _____

ANEXO A - - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



INSTITUTO DE MEDICINA
INTEGRAL PROFESSOR
FERNANDO FIGUEIRA -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RELAÇÃO ENTRE A SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL E INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DE IDOSOS PÓS- ACIDENTE VASCULAR

Pesquisador: Renata Vieira da Costa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59591816.1.0000.5201

Instituição Proponente: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP/PE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.781.741

Apresentação do Projeto:

Projeto de mestrado em gerontologia do CCS-UFPE com proposta de usar questionário para avaliar sobrecarga de cuidadores de idosos com sequelas de AVE e as suas limitações funcionais. Possui método de estudo adequado e encontra-se muito bem escrito e delineado.

Objetivo da Pesquisa:

Relacionar a sobrecarga do cuidador informal com o grau de independência funcional de idosos pós-acidente vascular encefálico

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- O risco desta pesquisa será o constrangimento ao cuidador em ser arguido por uma pessoa estranha, com perguntas sobre sua vida e sua relação com o idoso, que pode a partir desta levar a uma reflexão sobre a mesma de forma negativa. • Outro risco seria ao idoso o constrangimento em ser arguido por uma pessoa estranha, com perguntas sobre sua vida e a manutenção e desempenho de certos gestos e de algumas atividades da vida cotidiana, sua capacidade funcional, que pode a partir desta levar a uma reflexão sobre a mesma, de forma negativa. • Para minimizar o risco, o pesquisador que irá avaliar o cuidador e o idoso de forma individual e sendo este um

Endereço: Rua dos Coelho, 300

Bairro: Boa Vista

CEP: 50.070-550

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2122-4756

Fax: (81)2122-4782

E-mail: comitedeetica@imip.org.br



INSTITUTO DE MEDICINA
INTEGRAL PROFESSOR
FERNANDO FIGUEIRA -



Continuação do Parecer: 1.781.741

profissional da equipe, já conhecido pelo paciente.

Benefícios: O benefício da pesquisa com as informações obtidas, contribuirão com acréscimo, para a compreensão de quem é o cuidador informal e das repercussões do cuidar de pacientes com sequelas do acidente vascular encefálico no âmbito domiciliar

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo factível e coerente, segue todos os requisitos

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presentes e bem escritos

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_783729.pdf	05/09/2016 17:59:07		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECUIDADOR.pdf	05/09/2016 17:56:25	Renata Vieira da Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEIDOSO.pdf	05/09/2016 17:56:05	Renata Vieira da Costa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetalhado1.pdf	05/09/2016 17:54:06	Renata Vieira da Costa	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoCEP.pdf	31/08/2016 16:22:15	Renata Vieira da Costa	Aceito
Outros	CurriculoLattesElianeMariaRibeiro.pdf	29/08/2016 23:53:05	Renata Vieira da Costa	Aceito
Outros	CartadeanuenciaHPSautorizacao.pdf	29/08/2016	Renata Vieira da	Aceito

Endereço: Rua dos Coelho, 300

Bairro: Boa Vista

CEP: 50.070-550

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2122-4756

Fax: (81)2122-4782

E-mail: comitedeetica@imip.org.br



INSTITUTO DE MEDICINA
INTEGRAL PROFESSOR
FERNANDO FIGUEIRA -



Continuação do Parecer: 1.781.741

Outros	CartadeanuenciaHPSautorizacao.pdf	23:48:56	Costa	Aceito
Outros	CurriculoLattesRenataVieira.pdf	29/08/2016 23:47:12	Renata Vieira da Costa	Aceito
Outros	CurriculolattesMariaLucia.pdf	29/08/2016 23:40:29	Renata Vieira da Costa	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	29/08/2016 23:08:21	Renata Vieira da Costa	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	29/08/2016 23:07:15	Renata Vieira da Costa	Aceito

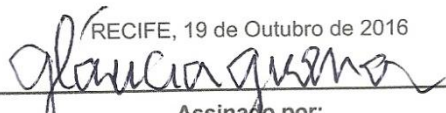
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 19 de Outubro de 2016



Assinado por:
Gláucia Virginia de Queiroz Lins Guerra
(Coordenador)

Endereço: Rua dos Coelho, 300

Bairro: Boa Vista

CEP: 50.070-550

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2122-4756

Fax: (81)2122-4782

E-mail: comitedeetica@imip.org.br

ANEXO B – QUESTIONÁRIA DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL (QASCI)

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL (QASCI) no quadro seguinte apresentamos uma lista de situações que outras pessoas, que prestam assistência a familiares doentes, consideraram importantes ou mais frequentes. Por favor, indique referindo-se às últimas 4 semanas, a frequência com que as seguintes situações ocorreram com você.

Nas últimas 4 semanas

SOBRECARGA EMOCIONAL	Não/ Nunca	Rara mente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1. Sente vontade de sair da situação em que se encontra?	1	2	3	4	5
2. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?	1	2	3	4	5
3. Sente-se cansada (o) e esgotada (o) por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
4. Entra em conflito com você mesmo por estar tomando conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
IMPILICAÇÕES NA VIDA PESSOAL					
5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar cuidando 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 você?	1	2	3	4	5
10. Sente que a vida lhe pregou uma peça?	1	2	3	4	5
11. É difícil planejar o futuro, devido às necessidades do seu	1	2	3	4	5

familiar serem imprevisíveis?					
12. Tomar conta do seu familiar deixa você com a sensação de estar presa (o)?	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. A sua vida social, (p. ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
15. Sente-se só e isolada (o) por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
SOBRECARGA FINANCEIRA					
16. Tem sentido dificuldades econômicas (financeiras) por estar tomando conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
17. Sente que o seu futuro econômico (financeiro) é incerto, por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
REAÇÕES ÀS EXIGÊNCIAS					
18. Já se sentiu ofendida (o) e zangada (o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
19. Já se sentiu envergonhada (o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
20. Sente que o seu familiar solicita muito você para situações desnecessárias?	1	2	3	4	5
21. Sente-se manipulado (usado) pelo seu familiar?	1	2	3	4	5
22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
PERCEPÇÃO DOS MECANISMOS DE EFICÁCIA E CONTROLE					
23. Consegue fazer a maioria das coisas que você necessita, apesar do tempo que gasta tomando conta do seu familiar?	1	2	3	4	5

24. Sente-se capaz de continuar tomando conta do seu familiar por muito mais tempo?	1	2	3	4	5
25. Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
APOIO FAMILIAR					
26. A família (que não vive com você) reconhece o trabalho que você tem, por estar cuidando do seu familiar?	1	2	3	4	5
27. Sente-se apoiada (o) pelos seus familiares?	1	2	3	4	5
SATISFAÇÃO COM O PAPEL E COM FAMILIAR					
28. Sente-se bem por estar tomando conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
29. O seu familiar mostra gratidão pelo que você está fazendo por ele?	1	2	3	4	5
30. Fica satisfeita (o), quando o seu familiar se sente contente por pequenas coisas que você faz para ele (como atenção, carinho e pequenas lembranças)?	1	2	3	4	5
31. Sente-se mais próxima (o) do seu familiar por estar cuidando dele?	1	2	3	4	5
32. Cuidar do seu familiar tem aumentado a sua autoestima, fazendo-a (o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?	1	2	3	4	5

*Fonte: Versão Brasileira adaptada por Monteiro (2012) do questionário QASCI de Martins, Ribeiro e Garrett (2003).

ANEXO C – ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)

Escala de Medida de Independência Funcional (MIF)

Níveis:	R independência Modificada 7 independência completa	Sem Ajuda
	Dependência Modificada R Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo $\geq 75\%$) 3 Ajuda moderada (indivíduo $\geq 50\%$) 2 Ajuda mínima (indivíduo $\geq 25\%$) 1 Ajuda total (indivíduo $\geq 10\%$)	Ajuda
MIF MOTOR		
Auto-Cuidados:		
A.Alimentação		
B. Higiene Pessoal		
C. Banhar-se		
D. Vestir tronco superior		
E. Vestir tronco inferior		
F. Utilização do vaso sanitário		
Controle dos Esfíncteres		
G. Controle vesical		

H. Controle intestinal			
Mobilidade/ Transferências			
Cama, cadeira, cadeira de rodas			
J. Vaso sanitário			
K. Banheira, chuveiro			
Locomoção			
L. Marcha/Cadeira de rodas			
M. Escadas			
MIF COGNITIVO			
Comunicação			
N. Compreensão			
O. Expressão			
Cognição Social			
P. Interação Social			
Q. Resolução de Problemas			
R. Memória			
Total			

ANEXO D – CARTA DE AUTORIZAÇÃO (QASCI)

João Pessoa, 08 de junho de 2016.

Prezada Renata Costa,

Vimos por meio deste, autorizar a aplicação da versão brasileira do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) na pesquisa realizada pela fisioterapeuta Renata Vieira da Costa, com cuidadores de pacientes diagnosticados com Acidente Vascular Cerebral, sob a orientação da Profª Drª Maria Lúcia Gurgel da Costa do Mestrado em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

A aplicação da versão adaptada do QASCI em outros estudos, torna-se importante no prosseguimento de evidências sobre a validade e a confiabilidade da versão do QASCI para o Brasil, como também, representa a oportunidade de investigar o risco de sobrecarga física, emocional e social em cuidadores informais no contexto hospitalar.

Atenciosamente,



Profª Drª Edilene Araújo Monteiro
Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva
Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal da Paraíba