



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CEILÂNDIA

CURSO DE ENFERMAGEM

PRISCILA IANE DE DEUS OLIVEIRA

**QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES DE IDOSOS EM UM PROGRAMA DE
ATENÇÃO DOMICILIAR**

BRASÍLIA

2015

PRISCILA IANE DE DEUS OLIVEIRA

QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES DE IDOSOS EM UM PROGRAMA DE ATENÇÃO
DOMICILIAR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Enfermagem, como requisito para obtenção
do título de Bacharel em Enfermagem, Universidade
de Brasília – Faculdade de Ceilândia.

Orientadora: Prof^ª. Ms Diane Lago

BRASÍLIA

2015

Dedico este trabalho aos meus avós, Matilde e Pedro, que já partiram, mas, se estivessem aqui presentes estariam muito orgulhosos da conclusão desta etapa. A minha família, meus pais e irmão, que sempre me apoiaram na escolha da minha profissão e do tema do presente trabalho e me deram forças para chegar até o fim. Porém dedico principalmente, a todas as famílias que abriram a porta de suas casas para que eu pudesse coletar dados para este estudo, acima de tudo aquelas que abriram a porta do seu coração e me mostraram os exemplos de vida que existia em cada doente visitado e assim, contribuíram não apenas para minha formação profissional, mas, sobretudo para minha formação pessoal melhorando minha maneira de enxergar a vida e de cuidar do próximo. Á vocês, minha eterna gratidão pela confiança e admiração pela paciência e pelo cuidado que prestam.

AGRADECIMENTOS

O caminho até aqui foi longo e árduo, mas serei eternamente grata á muitas pessoas que cruzaram no meu caminho e permanecem na minha vida, Por isso agradeço imensamente e acima de tudo á Deus, nosso Pai celestial, que na sua santíssima trindade me protege desde que nasci e á Ele devo todas às coisas.

Á Maria Santíssima, que me envolve com seu manto sagrado e a quem invoco nos momentos mais difíceis, á ela toda minha gratidão pelos pedidos atendidos.

Aos meus pais, Pedro Gilvan e Mírian, que são meu orgulho, meu pai exemplo de dignidade e integridade, minha mãe mulher exemplo de mulher batalhadora e guerreira, que faz do seu colo fortaleza, são eles que juntos formam meu porto seguro.

Ao meu irmão, Pedro Guilherme, meu companheiro pra vida toda, com quem divido tudo e com quem eu posso sempre contar, á ele todo meu carinho e dedicação.

Aos meus avós maternos, Valdemir e Glória, que me acolheram como filha em sua casa, me dando direito de uma melhor formação e doando todo seu amor para diminuir a falta causada por conta da distância dos meus pais.

Á minha tia Zi, minha segunda mãe que com seu coração generoso cuida de mim desde pequena e tem por mim um amor incondicional.

Aos meus avós paternos, Pedro e Matilde (in memoriam), que em vida nunca me deixaram faltar nada (principalmente carinho) e agora em outro plano me dão forças pra continuar, saudade eterna.

Aos meus tios maternos Marcos, Magnólia e Eduardo com os quais sempre pude contar quando necessitei, devo á eles toda ajuda na minha formação, trabalhos e congressos. A Ana Karla pelo incentivo e por nessa reta final ter me colocado em suas orações e dado maior apoio. Ao Tio Sandro pela torcida e ajuda.

Aos primos, carinhosamente tratados de tios, José Ricardo e Fátima por todo carinho, atenção e tempo disponibilizados á mim e meu irmão.

Aos meus tios paternos Janine Rute, Nilvan, José Vilton e Jailton, e á seus cônjuges que mesmo longe sempre me motivaram e me deram o devido apoio.

Aos meus tios avós Luís Carlos, Magali, Maria Fernanda, Zélia e Odete pelo carinho e orações, á minha tia avó Cícera pelo apoio, e por ter cedido o seu lar quando precisei.

Aos primos Heitor, Maria Elisa, Pedro Vitor, Juliane, Nayanne, Icaro, Ana Luísa, Emily e Jailton, os mais velhos no qual tenho amor de irmão, pois desde menores aprendemos a ser companheiros, aos mais novos, no qual tenho cuidado e carinho materno, assim como ao pequeno Samuel que está á caminho para alegrar nossos corações.

Ás crianças que me cercam me dando alegria Davi, o meu pequeno príncipe; Joana a minha princesa; Danielzinho e Lorehnzo.

As amigas de infância Luma e Rayane, por nunca terem deixado a nossa amizade mudar apesar da distância e do tempo, estando sempre ao meu lado nos momentos difíceis.

Aos amigos da vida Ilana, Isadora, Isabela e Juliana Saraiva e aos amigos que UNB me presenteou, Tayana, Mariana Cristina, Amanda Bites, Fernanda Dias, Gabriela, Rayanne, Stanlei, Leonardo, João Pedro, Guilherme e Karen, pela parceria e por terem passado junto comigo a maior parte da minha vida acadêmica e por fazerem tudo ficar mais divertido e prazeroso, estando sempre ao meu lado nas horas boas e ruins, desde o estudo até o lazer, os levarei comigo pra minha vida toda.

Aos membros da Universidade de Brasília, em especial á todos os professores que ajudaram na minha formação profissional, á minha orientadora professora Diane Lago pela confiança, paciência e ajuda nos momentos de desespero.

Aos profissionais de saúde que cruzaram meu caminho nos campos de estágio, sempre dispostos a me ajudar e ensinar com muita dedicação, me inspirarei em muitos deles, principalmente naqueles que fazem do cuidado seu lema diário nos hospitais e centros de saúde.

Aos cuidadores que participaram deste estudo e que me passaram ensinamentos que levarei para vida toda, em cada casa que fui presenciei lições de vida que nunca poderei esquecer, pessoas que apesar das dificuldades, encontram um meio de ser feliz e fazem do cuidado seu meio de superação a cada dia.

Aos amigos dos meus pais que por conviverem na nossa casa tem por mim um grande carinho e fazem parte dessa torcida.

Por fim, á todas as pessoas que passaram na minha vida e deixaram alguma palavra de conforto, esperança e incentivo, aos Padres e Irmãs que sempre que me abençoaram nessa jornada e aqueles que continuarão me abençoando nas próximas. Á todos vocês não tenho palavras pra agradecer pela torcida, energia e vibrações positivas, sem vocês eu poderia até ter chegado ao final, mas com certeza a caminhada não teria valido tanto a pena, muito obrigada!

Sem sonhos, as perdas se tornam insuportáveis,
as pedras do caminho se tornam montanhas,
os fracassos se transformam em golpes fatais.

Mas, se tivermos grandes sonhos...

Nossos erros produzirão crescimento,
nossos desafios produzirão oportunidades,
nossos medos produzirão coragem.

Por isso, meu ardente desejo é que
nunca desistamos dos nossos sonhos.

Augusto Cury

QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES DE IDOSOS EM UM PROGRAMA DE ATENÇÃO
DOMICILIAR

QUALITY OF LIFE OF ELDERLY CAREGIVERS IN A HOME CARE PROGRAM

CALIDAD DE VIDA DE CUIDADORES DE ANCIANOS EM UM PROGRAMA DE ATENCION
DOMICILIARIA

Priscila lane de Deus Oliveira¹, Diane Maria Scherer Kuhn Lago²

¹ Aluna de Graduação em Enfermagem, Universidade de Brasília/UnB, Brasília (DF), Brasil. E-mail: priscoliveira1@hotmail.com

² Enfermeira, Professora Mestre em Gerontologia, Aluna de Doutorado em Enfermagem, Universidade de Brasília/UnB. Brasília (DF), Brasil. E-mail: diane.lago@gmail.com;

RESUMO

Objetivo: Conhecer a percepção sobre qualidade de vida de cuidadores de idosos inseridos em um Programa de Atenção Domiciliar. **Método:** Estudo de abordagem qualitativa. Com a aplicação de três questionários: sociodemográfico, WHOQOL-bref e WHOQOL-old. **Resultados:** Foram entrevistados 17 cuidadores de idosos, em sua maioria, do sexo feminino com idade média de 47,8 e com ensino médio completo. Como morbidade, destacaram-se doenças do sistema cardiovascular e endócrino, estão em tratamento e fazem uso contínuo de medicamentos. Os participantes apresentaram uma média de 58,11 no Índice Geral de Qualidade de Vida (IGQV) do WHOQOL-bref e o domínio melhor avaliado foi Relações Sociais. **Conclusão:** O estudo apresentou um bom IGQV por parte dos cuidadores de idosos, porém é ideal que esse índice seja cada vez maior, dessa forma os profissionais de saúde devem procurar conhecer a percepção sobre qualidade de vida dos cuidadores de idosos e promover a qualidade de vida desses cuidadores.

DESCRITORES: Qualidade de vida. Cuidadores. Assistência domiciliar.

INTRODUÇÃO

A população mundial tem sofrido constante mudança em seus aspectos gerais, principalmente no que diz respeito ao envelhecimento populacional, que ocorre devido ao aumento da expectativa de vida e diminuição das taxas de natalidade.¹

Um dos maiores questionamentos que permeia o envelhecimento populacional é a necessidade de uma melhor qualidade de vida para as pessoas que estão vivendo por mais tempo. Têm-se um grande desafio, já que o aumento da expectativa de vida é um grande benefício e sempre será um desejo do ser humano. Porém, há a perspectiva de um envelhecimento com qualidade, partindo da premissa que não basta viver mais, e sim viver bem este tempo.²

Juntamente com o aumento da expectativa de vida pode ocorrer um crescimento das doenças crônicas não transmissíveis e de incapacidades nessa população de exercer algumas atividades da vida diária.³ Dessa forma torna-se necessário o auxílio de uma pessoa nas necessidades idoso, surgindo assim o papel do cuidador, que na maioria das vezes é um cuidador informal, responsável pelo bem-estar sem possuir remuneração e/ou formação podendo ser um familiar/amigo/pessoa próxima. O cuidador também pode ser formal, um profissional de saúde que assume o exercício de uma profissão e teve uma formação técnica e preparação para desempenhar o cuidado ao idoso de forma remunerada.⁴

O cuidador deve ter preparo físico e emocional, paciência e capacidade de acolhimento dentre outras coisas que ajudem a desempenhar um bom papel, podendo então promover o bem estar do idoso, assim como desenvolver atividades de cuidado da saúde dessa população, alimentação, higiene pessoal e de seu ambiente domiciliar e institucional, sendo capaz ainda de estimulá-lo e auxiliá-lo no desempenho de atividades de vida diária.⁵

O papel de mediador da saúde no serviço de atenção domiciliar é desenvolvido pelos cuidadores. Não obstante, o serviço de atenção domiciliar ter sido comum em décadas anteriores, este entrou em desuso com a política de hospitalização. Porém, o crescimento populacional, associado à falta de leitos e internações prolongadas de pacientes crônicos e o não acompanhamento do aumento do número de serviços hospitalares resultou em superlotação dos hospitais, com isso viu-se a necessidade de uma desospitalização e a saída foi a reestabilização da atenção domiciliar composta pelo cuidador (seja ele familiar ou contratado) do idoso e de um acompanhamento periódico de uma equipe multiprofissional pressupondo um cuidado centrado nas necessidades do doente.^{6,7}

Essas mudanças ocorreram de acordo com a reformulação de políticas públicas de saúde e de assistência social, na gestão e nas demais práticas em serviços de saúde. A Atenção Domiciliar, de acordo com a atual política de saúde brasileira, consiste em um dispositivo organizacional e assistencial propício à efetivação de novos modos de produção de cuidado e tem por objetivo não só a desospitalização, mas também a humanização do cuidado e a diminuição dos riscos de infecção hospitalar mediante a redução do tempo de internação.⁷

A Atenção Domiciliar, no âmbito do Sistema Único de Saúde, foi redefinida pela Portaria GM/MS nº 963 em 27 de maio de 2013 com diretrizes que estão inseridas nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência; adotam um modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares e estimulam a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador.⁸

Conhecer o perfil dos cuidadores e as dificuldades existentes no processo de cuidar permite, aos profissionais da saúde, planejar e implantar programas públicos de

suporte social à família, voltados à realidade do cuidador. Isso porque o cuidador pode apresentar condições de sobrecarga de trabalho, que contribui para o adoecimento e para o desenvolvimento de situações de conflito entre o cuidador e o idoso dependente.⁹

O programa de atenção domiciliar é voltado para atender, principalmente, pacientes com doenças crônicas não transmissíveis como HAS, sequelas de AVC, doença de Alzheimer, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e neoplasias.⁷

Tornou-se possível, no Distrito Federal, prestar assistência a esses doentes com a criação do Serviço de Assistência Multiprofissional em Domicílio (SAMED), no ano de 1994, primeiramente na Região Administrativa de Sobradinho, atualmente é conhecido como Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD) e foi instalado em quase todas as regiões administrativas do DF. O NRAD da Ceilândia foi implantado em 2009 e é composto por uma Equipe Multiprofissional (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistente social, fisioterapeutas, psicólogo, terapeuta ocupacional e outros) que atende esses doentes através de visitas periódicas em domicílio baseado nas suas particularidades do cuidado e nas demandas de cada indivíduo, ademais o NRAD se refere aos familiares e/ou cuidadores como participantes de uma equipe de apoio e por isso promove ações de orientação e atualização do cuidado que estes devem prestar.¹⁰

Diante de tantas responsabilidades o cuidador pode sentir-se sobrecarregado ou pode até mesmo deixar de cuidar de si para cuidar do outro, deixando de lado sua saúde, vida social, entre outras atividades o que pode prejudicar sua qualidade de vida. Os cuidadores com idade acima de 50 anos estão mais susceptíveis à sobrecarga e a problemas de saúde, visto que as alterações decorrentes do processo do envelhecimento estão cada vez mais presentes, adicionado ao desgaste físico e psicológico que o cotidiano de deveres e responsabilidades acarreta.¹¹

Promover uma melhor qualidade de vida para o cuidador reflete diretamente no cuidado do paciente, pois muitas vezes o cuidador é esquecido, sendo então de suma importância, à criação de políticas públicas de saúde visando essa população.¹²

O enfermeiro é um dos profissionais que tem a possibilidade de intervir nesse contexto, por possuir a arte de cuidar do outro em sua essência, por isso é capaz de identificar as necessidades não só de quem é cuidado, mas principalmente de quem cuida, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida do cuidador familiar e conseqüentemente do idoso que recebe o cuidado.¹³ Deste modo, o presente artigo tem por objetivo conhecer a percepção da qualidade de vida dos cuidadores de idosos atendidos em um programa de Atenção Domiciliar.

MÉTODOS

Estudo de natureza quantitativa, mas com abordagem qualitativa, realizado com cuidadores de idosos inseridos num programa de Atenção Domiciliar no período de 2013 a 2014. O estudo teve como cenário de pesquisa as residências dos pacientes vinculados ao Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD) da Região Administrativa de Ceilândia, Distrito Federal.

Nas pesquisas com abordagem qualitativa o que importa não é o critério de representatividade numérica, mas sim a capacidade de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, por isso o pesquisador deve preocupar-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão.¹⁴

Os participantes do estudo tiveram como critérios de inclusão: Possuir mais de 18 anos de idade; Ser registrado no NRAD como cuidador principal de paciente incluso no programa de Atenção Domiciliar; ser cuidador de paciente idoso, ou seja, pacientes com mais de sessenta anos de idade; Aceitar participar do estudo, bem como assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após ser orientado quanto aos objetivos da

pesquisa e sobre a segurança quanto ao sigilo, a confiabilidade, a proteção da sua imagem e a não estigmatização.

A coleta de dados foi realizada na residência do paciente, previamente agendada com a definição do horário de melhor conveniência e assegurada a privacidade do cuidador, conferindo sigilo às informações colhidas. As entrevistas aconteceram em um tempo médio de 60 minutos com a aplicação de três instrumentos: 1) Um questionário sócio-demográfico e clínico com questões que definem um perfil para o cuidador; 2) O WHOQOL-bref¹⁵, um instrumento abreviado do WHOQOL-100 e composto por 26 questões sendo 2 sobre percepção de qualidade de vida e as outras 24 questões divididas em 4 domínios para avaliar a qualidade de vida do cuidador; 3) O WHOQOL-OLD¹⁶ instrumento aplicado à pessoas acima de 60 anos composto de perguntas claras e objetivas, visando identificar a percepção da qualidade de vida de cuidadores idosos.

Em respeito à Resolução nº 466/12 da CONEP os aspectos éticos foram observados. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - FEPECS/SES/DF sob o parecer consubstanciado Nº 187.211, em janeiro de 2013.

RESULTADOS

Participaram do presente estudo 17 cuidadores de pacientes idosos internados em domicílio, vinculados a um NRAD. Quanto ao levantamento dos dados sócio-demográficos, constatou-se que a maioria foi do sexo feminino com média de idade de 47,8 anos, variando entre 25 aos 73 anos, houve predominância do grau de escolaridade mediano, sendo que a maioria dos participantes concluiu o Ensino Médio.

A maioria dos cuidadores eram casados e pertenciam à religião evangélica. Quanto ao grau de parentesco a maior parte foi composta por filhos. (TABELA 1)

Os cuidadores em quase sua totalidade eram informais, sem remuneração nem formação, em sua maioria residiam no mesmo domicílio do paciente e possuíam uma

renda familiar entre 1 á 2 salários mínimos. A média de moradores foi de 4 pessoas por casa.

Tabela 1. Dados Sociodemográficos dos Cuidadores Participantes, Ceilândia, DF, 2014.

VARIÁVEL	N
Faixa Etária (anos)	
20 a 39	05
40 a 59	10
60 ou mais	02
Estado Civil	
Solteiro	06
Casado	09
Divorciado	02
Grau de Parentesco	
Filho	09
Mãe	02
Irmão	02
Cônjuge	02
Neto	01
Sem parentesco	01
Grau de Instrução	
Analfabetismo	01
Ensino Fundamental Incompleto	01
Ensino Fundamental Completo	02
Ensino Médio Completo	09
Ensino Superior Incompleto	01
Ensino Superior Completo	03
Religião/Crença	
Católica	05
Evangélica	11
Ateísmo	01

O questionário também avaliou dados clínicos como o padrão de sono que foi relatado pela maioria como ruim, por ser interrompido. Sendo a duração do sono, em média, de 5 a 6 horas.

Dos 17 cuidadores participantes, 14 relataram sentir algum tipo de dor, 8 a classificaram como moderada. Dos participantes, 11 possuíam algum tipo de doença com predominância da doença cardiovascular. As doenças mais prevalentes nessa população foram doenças do sistema cardiovasculares, seguido das doenças endócrinas, principalmente a Hipertensão Arterial Sistólica e a Diabete Mellitus. Lembrando que um

cuidador pode possuir mais de uma doença como foi o caso de alguns participantes do estudo, justificando assim o fato do total de doenças relatadas ter excedido ao número de participantes. (TABELA 2)

Com relação à atividade sexual, 8 dos cuidadores entrevistados possuem vida sexual ativa, 2 participantes se abstiveram de responder essa questão. Quanto a percepção de ajuda 11 cuidadores afirmam receber algum tipo de ajuda, principalmente de familiares.

Tabela 2 Características clínicas de cuidadores. Ceilândia, DF, 2014

VARIÁVEL	N
Intensidade da dor	
Não sentiam	03
Fraca	01
Moderada	08
Intensa	05
TOTAL	17
Doenças	N (n)
Cardiovasculares	06
Psiquiátricas	03
Endócrinas	04
Imunológicas	02
Osteoporose	03
Neoplasias	01
TOTAL	19

No que se refere à Qualidade de Vida, de acordo com a análise do WHOQOL-bref constatou-se que, de um modo geral os cuidadores entrevistados tinham uma percepção razoável da Qualidade de Vida (QV). O domínio Relações Sociais apresentou a maior média, alcançando 61,27 pontos. Todavia, o domínio meio ambiente apresentou valores mais inferiores, com 51,47 pontos. (Tabela 3)

Tabela 3 Médias, desvios padrão, valor mínimo e máximo dos escores de Qualidade de vida dos domínios do WHOQOL-bref. Ceilândia, DF, 2014.

DOMÍNIO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÍNIMO	MÁXIMO
IGQV	58,11	5,92	32,06	86,86
Físico	52,52	12,00	29,71	81,71
Psicológico	58,09	13,13	34,64	78,00
Relações Sociais	61,27	7,15	34,64	100,00
Meio Ambiente	51,47	10,33	29,25	87,75

O instrumento WHOQOL-old foi aplicado á dois participantes idosos, a média do IQVI alcançado nesse estudo foi de 52,00 pontos. O domínio físico apresentou a menor média entre as participantes, o domínio melhor avaliado divergiu entre o domínio Relações Sociais e domínio Psicológico.

DISCUSSÃO

O presente estudo analisou características sociodemográficas e clínicas, podendo traçar um perfil do cuidador e conhecer média de qualidade de vida desses cuidadores de idosos internados em domicílio. A maioria dos cuidadores participantes foi do sexo feminino, em concordância com a maioria dos estudos^{17,18,19}, por conta de aspectos culturais onde o papel de cuidar na maioria das vezes é exercido pela mulher, que tem o dever de cuidar da casa, da família, possui ainda o estereotipo da mãe dedicada, que cuida do lar, sempre remetendo o cuidado á figura da mulher.¹⁷

Existe uma pressão cultural sobre as mulheres, onde a ação de cuidar é transferida, na maioria das vezes, para ela, pois além do fator cultural supracitado há o fator compromisso, por isso alguns estudos afirmam que a responsabilidade do paciente recai tanto sobre as esposas²⁰ quanto sobre as filhas. Por conta da idade avançada alguns pacientes do presente estudo não possuíam mais seus cônjuges ou estes também tinham dificuldades em desempenhar algumas atividades, ficando assim a responsabilidade do cuidado sobre os filhos. Os achados deste estudo corrobora com a literatura^{18,19} pois destacou-se o papel de cuidadores por parte das filhas seguido das esposas, reforçando a ideia de que os filhos tem responsabilidade sob seus pais depois que estes alcançam certa idade ou são acometidos de alguma doença ou incapazes de exercer algumas atividades.²¹

A maior parte dos participantes do estudo é composta por cuidadores informais, outros estudos^{12,22} afirmam que além de informais a maioria dos cuidadores são mulheres de meia idade e estão sujeitas ao acometimento de doenças e/ou dor por conta da sobrecarga de trabalho.

O estudo também mostrou que desses cuidadores informais boa parte residem no mesmo domicílio que o doente. Estudos^{9,17,22} reforçam a ideia que no contexto da atenção domiciliar os cuidadores de idosos quando, em sua maioria, são da família e moram junto com o paciente, é a parcela de cuidadores que mais necessita de atenção, afinal precisam de condições de suporte e infraestrutura, por cuidar exclusivamente do paciente, esquecerem do seu autocuidado, se privarem, ou serem privados, de algumas atividades sociais ocorrendo um isolamento social. Muitas vezes a própria família contribui para esse desgaste físico, emocional e mental.⁹

Os cuidadores participantes em sua maioria pertenciam ao estado civil casado também corroborando com a literatura.^{18,22} Quanto à religião os estudos divergiram entre as religiões católica e evangélica por conta da cultura religiosa brasileira onde

predominam essas duas religiões, assim como em outro estudo²⁰ da área ocorreu um predomínio da religião evangélica entre os participantes. O baixo grau de escolaridade predominou em alguns estudos sobre cuidadores,^{17,22,23} em contra posição o presente estudo evidenciou que a maioria dos cuidadores estudados possuem ensino médio completo, podendo ter ocorrido pelo fato do Distrito Federal ser um estado com bom nível de escolaridade, segundo MEC. Sendo um dos fatores positivos do estudo, tendo visto que o grau de instrução está intrinsicamente ligado ao cuidado, afinal um maior nível educacional foi associado a um melhor status funcional e menor risco para incapacidade cognitiva.¹⁹

No presente estudo a maioria dos cuidadores apresentaram baixa renda, entre 1 a 2 salários mínimos (em 2014 o salário mínimo correspondia á R\$ 724,00), estando de acordo com outros estudos nacionais^{20,24}, além disso, a média de moradores foi de 4 pessoas por domicílio. Além de confirmar que a maioria dos cuidadores possui uma renda baixa, estudos¹⁹ afirmam que essa renda não é suficiente para se viver com condições adequadas e exercer um cuidado ideal, podendo tornar uma atividade estressante.

Fazendo uma relação ao WHOQOL-bref¹⁵, quando questionados sobre ter dinheiro para suprir suas necessidades, a média das respostas foi que o cuidador tem pouco dinheiro para satisfazer as suas necessidades, principalmente por não exercer nenhuma atividade remunerada.

O padrão de sono do cuidador foi relatado de acordo com a maioria dos participantes como interrompido, principalmente pelos cuidadores que residem na mesma casa do doente, estendendo o cuidado para o período da noite e muitas vezes da madrugada, interrompendo seu sono muitas vezes por preocupação. Corrobora com um estudo²⁵ realizado com cuidadores de idosos onde distúrbios do sono foram um dos sintomas detectados.

Os participantes do presente estudo relataram sentir dores com certa frequência, a maioria referiu á dores moderadas, e em relação á o WHOQOL-bref relataram que isso os impedia em realizar algumas atividades, da mesma forma em um estudo⁹ de abordagem semelhante os cuidadores afirmam que a dor que sentiam os impedia de desempenhar as atividades necessárias.

Outro dado clínico relevante é que mais da metade (13) dos participantes do estudo possuíam algum tipo de doença, por conta da meia idade, de antecedentes familiares ou pela sobrecarga de trabalho, alguns estudos^{9,26} também relataram a presença de morbidade na maioria dos cuidadores, sendo mais prevalentes as doenças relacionadas aos sistemas cardiovascular e endócrino. Outro estudo²⁷ reforça que, em virtude da exposição prolongada aos diferentes estressores presentes na função que exercem, o cuidador familiar possui risco de desenvolver problemas de saúde como hipertensão arterial, doenças coronarianas, modificações no sistema imunológico, processos dolorosos e outros.

O presente estudo demonstrou que a maioria dos cuidadores estão ativos sexualmente, principalmente pela faixa etária prevalente no estudo, a sexualidade do cuidador possui uma bibliografia escassa, no presente estudo duas participantes idosas se recusaram a falar sobre o assunto, corroborando um estudo²⁸ onde afirma que o idoso pode ter uma vivência negativa da sua sexualidade, dificuldade de abordar o tema por vergonha ou até mesmo o desconhecimento acerca do assunto.

Quanto á percepção de apoio, maioria dos cuidadores relataram receber ajuda, em sua maioria de familiares. Assim como um estudo²⁹ onde identificou que o cuidado do idoso no domicílio recai prioritariamente sobre a família, que é vista como fonte de apoio e cuidado informal mais efetiva para esta população. Justificando assim o fato do domínio melhor avaliado no WHOQOL-bref ter sido o Relações Sociais, seja com amigos, familiares, vizinhos ou até profissionais de saúde.

O domínio meio ambiente possuiu a menor média no WHOQOL-bref, um determinado estudo⁹ atesta que maioria dos cuidadores vivenciava dificuldades com o ambiente inadequado que viviam e reclamavam da falta e/ou dificuldade de transporte principalmente locomoção para os serviços de saúde.

Em relação ao WHOQOL-old o domínio físico possuiu menor média, sendo reforçado por alguns estudos^{9,13,25} que a população de idosos não estava satisfeita com seu sono, nem com sua capacidade de trabalho e de desempenhar atividades diárias, bem como era impedido de realizar tarefas por conta da sua dor, estava em tratamento médico e sob uso contínuo de medicamentos.

O resultado final do WHOQOL-bref foi uma média de 58,11 pontos, sendo assim um bom Índice Geral de Qualidade de Vida (IGQV) por ser um valor acima de 50 (que corresponde á um índice regular numa escala de 0 a 100), corroborando com um determinado estudo²² onde a maioria dos cuidadores demonstrou estarem satisfeitos com a sua qualidade de vida, da mesma forma o presente estudo mostrou uma boa percepção de qualidade de vida por parte dos cuidadores participantes.

CONCLUSÃO

O estudo apresentou um bom Índice Geral de Qualidade de Vida por parte dos cuidadores domiciliares de idosos, porém é necessário observar sempre as individualidades de cada partindo da premissa que a média de um questionário analisa um todo e alguns cuidadores possuíam um índice regular ou ruim de qualidade de vida. Dessa forma, faz-se necessário procurar sempre melhorar a qualidade de vida dessa parte da população, visto que o ideal é que esse índice seja cada vez maior, com isso os profissionais de saúde devem procurar atuar na promoção da qualidade de vida desses cuidadores.

É fundamental que a equipe de saúde da atenção domiciliar conheça a percepção da qualidade de vida dos cuidadores de idosos, para que possa elaborar

estratégias de apoio ao cuidador e atuar efetivamente na promoção da qualidade de vida e saúde do mesmo. A função do cuidador é, na maioria das vezes, física e emocionalmente desgastante, podendo haver um impacto na qualidade de vida dessa população, assim, conhecendo os aspectos que permeiam a saúde e os desafios vividos pelos cuidadores de idosos, os profissionais da saúde poderão, planejar um cuidado multidisciplinar e prestar um melhor auxílio ao cuidador, conseqüentemente dar uma melhor assistência ao doente e aos familiares, a fim de promover a qualidade de vida não somente do cuidador, mas de todos os componentes da atenção domiciliar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lima-Costa MF. Estudo de Coorte de Idosos de Bambuí (1997-2008). Caderno de Saúde Pública [internet]. 2011 [cited 2014 May 15]; 27(3):324-325. Available from: http://www.scielosp.org/pdf/csp/v27s3/pt_01.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução N° 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Saúde; 1996 [cited 2013 Out 30]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html
3. Cruz A, Mendes EO, Queiroz IA, Rigonati MS, Trindade VL, Herbert RR. Processo do Envelhecimento na Visão da Enfermagem: Uma Revisão Bibliográfica. Revista do Curso de Enfermagem das Faculdades Santa Cruz [internet]. 2013 [cited 2015 Apr 30]. Available from: <http://www.santacruz.br/ojs/index.php/Revenf/article/view/1001/925>
4. Araújo O. Idosos dependentes: impacto positivo do cuidar na perspectiva da família. Revista Sinais Vitais. 2009. 86:25-30.
5. Batista MPP, Almeida MHM, Lancman S. Cuidadores formais de idosos: contextualização histórica no cenário brasileiro. Revista Brasileira de Geriatria e

- Gerontologia [internet]. 2014 [cited Apr 28]; 17(4): 879-885. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n4/1809-9823-rbgg-17-04-00879.pdf>
6. Schwonke C, Silva J, Casalinho A, Santos M, Vieira F. [Home care: reflections on the caregiver / family / nurse regarding]. *Ensaio e Ciência. Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*. 2008;12(1):77-90. Portuguese.
 7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde/ Diário Oficial da União/Imprensa Nacional; 2011 [cited 2013 nov 6]. Available from: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.out.11/1els205/U_PT-MS-GM-2527_271011.pdf
 8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 963 de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no Âmbito do SUS [Internet]. 2013 [cited 2013 Ago 06]; Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html
 9. Rocha MPF, Vieira MA, Sena RR. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem* [internet]. 2008 [cited 2013 nov 6]; 61(6): 801-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a02v61n6.pdf>
 10. Barros LN. Atenção domiciliar da Regional de Saúde de Sobradinho/DF: perfil clínico-epidemiológico de pacientes, análise de sobrevivência e fatores associados com doenças infecciosas e óbito, no período de 2003 a 2010. [dissertation]. Brasília(DF): Universidade Brasília; 2012.
 11. Pereira KCR, Guimarães FS, Alcauza MTR, Campos DA, Pires ROM. Percepção, Conhecimento e Habilidades de Cuidadores em Saúde Bucal de Idosos Acamados . *Saúde & Transformação Social* [Internet]. 2014 [cited 2015 Apr 28]; 5(3): 34.-41. Available from:

<http://stat.intraducoes.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/articula/view/2657/4009>

12. Martins LMOPA. Olhar para quem cuida: o impacto do cuidar nos cuidadores informais de idosos com demência [dissertation]. Lisboa: Universidade Lusíada de Lisboa; 2015.
13. Valente GSC, Sá SPC, Chrisóstimo MM, Lindolpho MC, Bom FS, Barreto PA. Oficina Terapêutica com idosos portadores de demência e suporte aos seus cuidadores: a atuação da enfermagem. Rev Enferm. UFPE on line [Internet]. 2010 [cited 2012 May 13];4(3):1450-6. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1023>
14. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12th ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
15. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment: position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med 1995; 41: 1403-9.
16. Power M, Quinn K, Schmidt S; WHOQOL-OLD Group. Development of the WHOQOL-old module. Qual Life Res. 2005.
17. Panhoca I, Pupo ACS. Cuidando de quem cuida: avaliando a qualidade de vida de cuidadores de afásicos. Revista CEFAC : atualização científica em fonoaudiologia [Internet]. 2010 [cited 2015 May 03]; 12(2): 299-307. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2010nahead/128-08.pdf>
18. Sequeira C. Cuidar de idosos com dependência física e mental. 1 ed. Lisboa: Lidel; 2010.
19. Gratão ACM, Talmelli LFS, Figueiredo LC, Rosset I, Freitas CP, Rodrigues RAP. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. Revista da Escola de

- Enfermagem da USP [Internet]. 2013 [cited 2015 May 02]; 47(1):137-44. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a17v47n1.pdf>
20. Anjos ACY, Zago MMF. Ressignificação da vida do cuidador do paciente idoso com câncer. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. 2014 [cited 2015 May 02]; 67(5):752-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0752.pdf>
21. Falcão DVS, Bucher-Maluschke JSNF. Cuidar De Familiares Idosos Com Doença De Alzheimer: Uma Reflexão Sobre Aspectos Psicossociais. Psicologia Em Estudo [Internet]. 2009 [cited 2015 Apr 30]; 14(4): 777-786. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n4/v14n4a18.pdf>
22. Pimenta GMF, Costa MASMC, Gonçalves LHT, Alvares AM. Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. Revista da Escola de Enfermagem da USP [Internet]. 2009 [cited 2015 Apr 30]; 43(3): 609-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a16v43n3.pdf>
23. Inouye K, Pedrazzani ES, Pavarini SCI, Toyoda CY. Percepção de qualidade de vida do idoso com demência e seu cuidador familiar: avaliação e correlação. Revista Latino Americana De Enfermagem 2009 mar-apr; 17(2): 43-9.
24. Vieira LL, Freitas CASL, Brito MCC, Kécia F, Teófilo S, Silva MJ. O idoso e o cuidador familiar: o cuidado domiciliar à luz de imogene king. Rev Enferm. UFPE on line [Internet]. 2013 [cited 2012 May 15]; 7(9):5500-9. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4517/pdf_3379
25. Mayer, M. Chronic Sorrow in caregiving spouses of patients with Alzheimer's disease. Journal of Aging and Identity. 2001; 6(1), 49-60.

26. Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. *Texto & contexto enfermagem / UFSC*. 2008; 17(2): 266-72
27. Fernandes MGM, Garcia TR. Estrutura conceitual da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]*. 2009 [cited 2015 May 03]; 11(3): 469-76. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a02.htm>
28. Silva DNO, Marinelli NP, Costa ACM, Santos RCG, Sousa AR, Lima JR. Percepção do idoso acerca da sua sexualidade. *Rev Enferm. UFPE on line [Internet]*. 2015 [cited 2012 May 19]; 9(5):7811-8. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6218/pdf_7790
30. Silva KM, Santos SMA. A consulta de enfermagem ao idoso na Estratégia de Saúde da Família: desafios e possibilidades. *Ciência, Cuidado e Saúde [Internet]*. 2014 [cited 2015 May 03]; 13(1): 49-57. Available from: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20128/pdf_112