

Qualidade de vida e estado nutricional de cuidadores de idosos dependentes

Quality of life and nutritional status of dependent elderly's caregivers

Adrienne Pureza Maciel
Pricila Ferreira de Luna
Taianara Tocantins Gomes Almeida
Elenilce Pereira de Carvalho

RESUMO: A transição demográfica aponta para a necessidade crescente de indivíduos que prestem cuidados aos idosos. O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida e o estado nutricional de cuidadores de idosos dependentes. Os resultados revelaram que 67,74% dos cuidadores apresentam risco cardiovascular e 61,29%, diagnóstico nutricional de sobrepeso, mostrando que as atividades inerentes à ocupação de cuidador podem repercutir em diversos aspectos da sua vida e levá-lo a negligenciar o autocuidado.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Cuidadores; Estado Nutricional.

ABSTRACT: *The demographic transition in Brazil points to the growing need for individuals who provide care for the elderly. The objective of this study was to evaluate the quality of life and nutritional status of dependent elderly's caregivers. The results showed that 67.74 % of caregivers had cardiovascular risk and 61.29 % nutritional diagnosis of overweight, showing that the activities related to the caregiver occupation can reflect on various aspects of one's life and take one to neglect self-care.*

Keywords: *Quality of life; Caregivers; Nutritional Status.*

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e irreversível que ocorre de maneira acelerada principalmente nos países em desenvolvimento (Gorzoni, & Fabri, 2013).

Com o aumento da expectativa de vida, ocorre também o aumento de fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), as quais têm como consequência principalmente disfunções orgânicas e psicológicas que geram dependência (p. ex., doenças cardíaco- e cérebro-vasculares, diabetes *mellitus*, demências e depressão devido ao processo de perdas e ao isolamento social) (Gorzoni, & Fabri, 2013; Torres, *et al.*, 2010; Lourenço, *et al.*, 2012).

Por outro lado, sendo o envelhecimento um processo inexorável, mesmo os idosos que mantêm hábitos de vida saudável, necessitam, cedo ou tarde, de auxílio ou supervisão para a execução de suas Atividades de Vida Diária (AVDs), pois as próprias alterações fisiológicas do envelhecimento causam declínio da capacidade funcional.

Paralelamente a este processo, portanto, cresce também a demanda por indivíduos que assumam os cuidados a estes idosos (Muchale, 2014).

O Guia Prático do Cuidador, publicado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2008), define cuidador principal como o indivíduo da família ou da comunidade, remunerado ou não para os fins do cuidado, que execute os cuidados a alguém que esteja necessitado por estar limitado física ou mentalmente.

Neste contexto, verifica-se que a família quase sempre é encarregada do cuidado voluntário às pessoas idosas dependentes no domicílio e, desse modo, constitui-se em relevante rede de apoio social informal, sendo parceira das redes de apoio social formal, formadas por profissionais de saúde com capacitação especial, assim como representado especialmente pelos serviços de saúde (Anjos, *et al.*, 2015).

Tais cuidadores nem sempre são remunerados e têm jornadas de trabalho extenuantes, muitas vezes sem carga horária definida, preocupando-se em alimentar e prestar diversos tipos de cuidado ao outro e diminuindo, portanto, a disponibilidade para a prestação de cuidados a si mesmo. Todos os fatores acima acabam influenciando na qualidade de vida (QV) dos cuidadores, descrita pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1995a) como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

O aumento no número de indivíduos que se ocupa em prestar cuidados aos idosos requer atenção no sentido de que sejam produzidas políticas públicas que visem ao atendimento deste público, as quais viabilizarão que os idosos e seus cuidadores possam não só viver mais, mas com qualidade (Gorzoni, & Fabri, 2013).

O estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida e o estado nutricional dos cuidadores de idosos dependentes internados em um hospital de ensino na cidade de Belém (PA).

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, oriundo de fonte primária, com amostra obtida por conveniência entre os cuidadores de idosos atendidos nas enfermarias de clínica médica de um hospital de ensino na cidade de Belém (PA), Brasil, no período de junho a julho de 2015.

Foram incluídos no estudo indivíduos com idade ≥ 18 anos, de ambos os sexos, os quais referiram ser os cuidadores principais dos idosos internados que tinham algum nível de dependência para a realização das Atividades de Vida Diária (AVD's); que se apresentavam em condições físicas para assumirem a postura ortostática para a aferição das medidas de peso, estatura e circunferência da cintura; e que concordaram em participar do estudo.

Para a avaliação da capacidade funcional e determinação do nível de dependência para a realização das AVD's dos idosos, foi aplicada a escala de Katz (Katz, Down, & Cash, 1970).

A partir da detecção de dependência no idoso, foi realizada uma entrevista com seu cuidador principal por meio de um questionário complementar, após seu consentimento livre e esclarecido.

O questionário complementar, que teve como base o estudo de Ferreira, Alexandre e Lemos (2011), analisou os dados sociodemográficos e econômicos do cuidador, como faixa etária, sexo, situação conjugal, escolaridade, renda pessoal e ocupação atual; dados referentes aos hábitos de vida como: etilismo, tabagismo e prática de atividade física; dados referentes a condições de saúde como: presença de problemas de saúde, acesso à consulta médica regular, assistência psicológica, assistência nutricional e se o indivíduo acreditava ter algum problema nutricional; dados relacionados aos aspectos do cuidado como: vínculo com o paciente; tipo de cuidado (formal ou informal), tempo de cuidado, se houve mudanças de rotina para dedicar-se ao cuidado, número de horas dedicadas ao cuidado em um dia, se possui folga e se havia um rodízio para a prestação de cuidados.

Para a avaliação do estado nutricional dos cuidadores, foram aferidas as medidas de peso e estatura para o cálculo do Índice de Massa Corpórea e realizada a medida da circunferência da cintura.

O peso foi obtido por medida realizada em balança tipo plataforma da marca Wiso[®], com capacidade de 180 Kg e precisão de 100g. A estatura foi mensurada com o auxílio de um estadiômetro compacto com campo de medição de 0 a 200 cm e dispositivo para medição de altura fixo a parede. A medida da circunferência da cintura, por sua vez, foi realizada com o auxílio de uma fita métrica inelástica. Todas as medidas foram realizadas de acordo com as orientações da Organização Mundial da Saúde (WHO, 1995b) para a coleta de dados em serviços de saúde.

O cálculo do Índice de Massa Corpórea foi utilizado para avaliar o estado nutricional geral, utilizando a fórmula: Peso em kilogramas (kg) / Altura ao quadrado (²) medida em metros (m).

Os valores obtidos foram classificados de maneiras diferentes para indivíduos adultos e idosos. Para a população adulta, a classificação foi feita de acordo com os parâmetros propostos pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1995b), sendo os pontos de corte dispostos da seguinte maneira: desnutrição (IMC < 18,5 kg/m²), eutrofia (IMC ≥ 18,5 e < 25 kg/m²), sobrepeso (IMC ≥ 25 e < 30 kg/m²) e obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²); e, para a população idosa, de acordo com os parâmetros da Organização Panamericana da Saúde (2001): desnutrição (IMC < 23,0 kg/m²), eutrofia (IMC ≥ 23,0 e < 28 kg/m²), sobrepeso (IMC ≥ 28 e < 30 kg/m²) e obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²).

A avaliação da qualidade de vida (QV) dos cuidadores foi feita com o auxílio do questionário *World Health Organization Quality Of Life – Short Version* (WHOQOL-BREF), administrado pelo entrevistador. Essa ferramenta foi desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde e é constituída por 26 itens, pontuados de acordo com escala de Likert, os quais envolvem os domínios físico, psicológico, de relações sociais e de meio ambiente (Fleck, Louzada, Xavier, *et al.*, 2000).

O participante respondeu a cada questão pontuando em uma escala de intensidade de 1 a 5 o seu acordo ou desacordo, sua satisfação ou insatisfação ou ainda a frequência com que alguns sentimentos se apresentaram nas duas últimas semanas.

No domínio físico deste questionário (questões 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18), são inqueridas a existência, a intensidade e a satisfação dos indivíduos quanto à dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, capacidade para a realização de atividades de vida cotidiana, dependência de medicação ou tratamentos e capacidade de trabalho; no domínio psicológico (questões 5, 6, 7, 11, 19 e 26), são inqueridas a frequência e intensidade de sentimentos positivos e negativos e a satisfação com memória, concentração, autoestima, imagem corporal e aparência; no domínio relações sociais (questões 20, 21 e 22) o indivíduo avalia sua satisfação com relações de suporte social e atividade sexual; e no domínio meio ambiente (questões 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25), avalia sua satisfação quanto à segurança no local onde mora, quanto ao ambiente do lar, quanto aos serviços de saúde e sociais, quanto aos meios de transporte aos quais tem acesso, quanto à frequência de oportunidades de adquirir novas informações e de realizar atividades de lazer e quanto à disponibilidade financeira para satisfazer suas necessidades. Além disso, o questionário ainda conta com uma avaliação da auto percepção da qualidade de vida do indivíduo e outra que avalia sua satisfação quanto à sua saúde (Fleck, *et al.*, 2000).

A análise estatística dos dados foi realizada com auxílio dos *softwares Excel Microsoft Office e Statistical Analysis System (SAS) V.9.1*. As amostras apresentaram normalidade e homogeneidade entre as variáveis. Para verificar a diferença entre as médias das categorias de cada variável em relação aos domínios do WHOQOL-BREF foi realizado o Teste *T-Student*; para verificar a diferença entre as médias de acordo com as faixas de classificação do IMC foi realizada a análise de variância de Fisher; e para verificar a relação entre os domínios do WHOQOL-BREF foi realizada a correlação de Pearson. Os resultados foram considerados significativos sempre que $p \leq 0,05$.

O projeto de pesquisa do qual deriva este trabalho, intitulado “Avaliação nutricional de idosos e qualidade de vida dos cuidadores de idosos dependentes internados em um hospital universitário em Belém-PA”, obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob o parecer substanciado nº 1.124.360 (CAAE: 45179515.4.0000.0017).

Todos os indivíduos que aceitaram participar assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e receberam explicação detalhada sobre os objetivos e procedimentos a serem realizados, respeitando as normas da pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (Resolução n.º 466/12, 2012).

Resultados

Foram avaliados 31 cuidadores de idosos dependentes, sendo a maioria desses idosos (58,06%) totalmente dependentes para as AVD's e 41,94% parcialmente dependentes.

Entre os cuidadores avaliados neste estudo, 80,65% eram mulheres, a média de idade dos pesquisados foi de $46,42 \pm 12,37$ anos, 45,16% eram solteiros, 74,19% tinham mais de 8 anos de escolaridade e possuíam fonte de renda pessoal, e 64,52% exerciam outras atividades além do cuidado ao idoso dependente (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil demográfico, socioeconômico e de aspectos do cuidado de cuidadores idosos dependentes atendidos na clínica médica de um hospital de ensino em Belém (PA), 2015

| Variáveis | Categorias | N | % |
|---|-------------------------|----|-------|
| Sexo | Masculino | 6 | 19,35 |
| | Feminino | 25 | 80,65 |
| Faixa etária | Adulto | 26 | 83,87 |
| | Idoso | 5 | 16,13 |
| Situação conjugal | Solteiro | 14 | 45,16 |
| | Casado | 11 | 35,48 |
| | Divorciado | 4 | 12,90 |
| | Viúvo | 2 | 6,45 |
| Escolaridade | Não estudou | 0 | 0,00 |
| | 1-3 anos | 3 | 9,68 |
| | 4-7 anos | 5 | 16,13 |
| | 8 anos | 23 | 74,19 |
| Renda pessoal | Sim | 23 | 74,19 |
| | Não | 8 | 25,81 |
| Ocupação atual | Exclusivamente cuidador | 11 | 35,48 |
| | Outras | 20 | 64,52 |
| Vínculo com o paciente | Cônjuge | 1 | 3,23 |
| | Filho | 23 | 74,19 |
| | Familiar | 3 | 9,68 |
| | Cuidador Formal | 4 | 12,90 |
| Realizou mudanças para se dedicar ao cuidado? | Sim | 26 | 83,87 |
| | Não | 5 | 16,13 |

Na tabela 2 observa-se a média das pontuações dos indivíduos categorizados conforme aspectos do cuidado em relação aos domínios do WHOQOL-BREF.

Verificou-se diferença estatística significativa entre cuidadores que possuíam renda pessoal e os que não possuíam em relação ao domínio meio ambiente ($p= 0,02$; $t= -2,38$). Além disso, nos domínios psicológico ($p= 0,03$; $t= -2,31$) e de relações sociais ($p= 0,01$; $t= -2,64$) os cuidadores com carga horária $>12\text{h}/\text{dia}$ obtiveram pontuação média significativamente menor do que os com menos tempo destinado aos cuidados. O tempo mínimo de cuidado ao idoso encontrado foi de 1 mês e o máximo 20 anos, apresentando uma mediana de 1 ano.

Tabela 2. Pontuação média e desvio-padrão dos domínios do WHOQOL-BREF, de acordo com dados sociodemográficos e aspectos do cuidado de cuidadores de idosos dependentes atendidos na clínica médica de um hospital de ensino em Belém (PA), 2015

| Variável | Categorias | DF | DP | RS | MA |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| | | Média (\pm DP) | Média (\pm DP) | Média (\pm DP) | Média (\pm DP) |
| Fase da vida | Adulto | 3,80 \pm 0,65 | 3,88 \pm 0,87 | 3,90 \pm 1,01 | 3,56 \pm 0,89 |
| | Idoso | 4,03 \pm 0,64 | 3,66 \pm 0,66 | 3,60 \pm 0,96 | 3,60 \pm 0,41 |
| Renda pessoal | Sim | 3,79 \pm 0,60 | 3,80 \pm 0,83 | 3,70 \pm 1,04 | 3,37 \pm 0,70* |
| | Não | 3,96 \pm 0,69 | 3,98 \pm 0,86 | 4,29 \pm 0,70 | 4,13 \pm 0,76* |
| Tipo de cuidado | Formal | 4,09 \pm 0,52 | 4,13 \pm 0,43 | 4,00 \pm 0,95 | 3,08 \pm 0,49 |
| | Informal | 3,78 \pm 0,63 | 3,79 \pm 0,88 | 3,82 \pm 1,01 | 3,66 \pm 0,85 |
| Horas de cuidado | $>12\text{h}/\text{dia}$ | 3,76 \pm 0,61 | 3,76 \pm 0,61* | 3,51 \pm 1,04* | 3,48 \pm 0,83 |
| | $<12\text{h}/\text{dia}$ | 3,95 \pm 0,65 | 4,25 \pm 0,36* | 4,39 \pm 0,60* | 3,70 \pm 0,84 |
| Capacidade funcional do idoso | Parcialmente dependente | 3,84 \pm 0,67 | 3,68 \pm 0,93 | 3,74 \pm 1,08 | 3,48 \pm 0,84 |
| | Totalmente dependente | 3,82 \pm 0,56 | 4,06 \pm 0,63 | 4,00 \pm 0,86 | 3,68 \pm 0,83 |

DF: domínio físico; DP: domínio psicológico; RS: domínio relações sociais; MA: domínio meio ambiente. Valores em negrito são estatisticamente significativos ($p \leq 0,05^*$) provenientes do teste *T*-Student.

Em relação às condições de saúde, 60,00% dos cuidadores referiram ter problemas, sendo os mais frequentes dores articulares e musculares (16,13%), diabetes *mellitus* (12,90%) e hipertensão arterial (12,90%). Entre os entrevistados, 73,33% realizavam consultas médicas regularmente; 66,67% nunca se consultaram com um nutricionista; 51,61% acreditavam não ter qualquer problema nutricional; 83,87% não praticavam exercícios físicos regulares; 96,77% não eram tabagistas; e 74,19% não eram etilistas.

Em relação à autoavaliação da QV, 32,26% classificaram-na como boa, enquanto que em relação ao questionamento de satisfação com a saúde 38,71% referiram estar insatisfeitos.

Detectou-se que 67,74% dos cuidadores apresentavam risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares de acordo com a medida da circunferência da cintura. Na classificação do estado nutricional de acordo com o IMC, 61,29% deles apresentavam excesso ponderal, 35,48% estavam eutróficos e 1 indivíduo encontrava-se desnutrido na amostra (3,23%).

Não houve associação entre as faixas de classificação nutricional do IMC e os domínios do WHOQOL-BREF (Tabela 3).

Tabela 3. Pontuação média e desvio-padrão dos domínios do WHOQOL-BREF de acordo com o estado nutricional segundo a classificação do Índice de Massa Corpórea de cuidadores idosos dependentes atendidos na clínica médica de um hospital de ensino em Belém (PA), 2015

| Estado nutricional | DF | DP | RS | MA |
|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| | Média (\pm DP) |
| Desnutrição | 4,14 (\pm 0,00) | 3,00 (\pm 0,00) | 4,33 (\pm 0,00) | 3,00 (\pm 0,00) |
| Eutrofia | 3,30 (\pm 0,43) | 3,69 (\pm 0,99) | 3,42 (\pm 1,19) | 3,67 (\pm 0,90) |
| Sobrepeso | 3,96 (\pm 0,62) | 4,15 (\pm 0,42) | 4,22 (\pm 0,70) | 3,76 (\pm 0,81) |
| Obesidade | 3,61 (\pm 0,84) | 3,66 (\pm 1,04) | 3,81 (\pm 0,98) | 3,14 (\pm 0,75) |
| P Fisher | 0,65 | 0,36 | 0,27 | 0,39 |

DF: domínio físico; DP: domínio psicológico; RS: domínio relações sociais; MA: domínio meio ambiente. Análise de variância de Fisher

Na Tabela 4, observa-se a correlação entre os domínios do WHOQOL-BREF, exceto entre os domínios, meio ambiente e relações sociais.

Tabela 4. Correlação entre os domínios do WHOQOL-BREF de cuidadores idosos dependentes atendidos na clínica médica de um hospital de ensino em Belém (PA), 2015

| | DF | DP | RS | MA |
|----|------------------------------------|-----------------------------------|----|----|
| DF | - | - | - | - |
| DP | $r = 0,59^{***}$ | - | - | - |
| RS | $r = 0,37^*$ | $r = 0,36^*$ | - | - |
| MA | $r = 0,45^{**}$ | $r = 0,51^{**}$ | NS | - |

DF: domínio físico; DP: domínio psicológico; RS: domínio relações sociais; MA: domínio meio ambiente. Valores em negrito são estatisticamente significativos ($p < 0,05^*$, $p \leq 0,01^{**}$ e $p \leq 0,001^{***}$) provenientes do teste de correlação de Pearson. NS= não significativo.

Discussão

Assim como neste estudo, a feminização do cuidado é uma característica bem evidenciada e explorada em estudos nacionais (Santos, & Tavares, 2012; Gonçalves, *et al.*, 2013; Anjos, *et al.*, 2015; Prado, & Araújo, 2014; Oliveira, & D'Elboux, 2012) e internacionais (Bradshaw, Goldberg, Schneider, & Harwood, 2013; Borren, Tams, Gustavson, & Sundet, 2014; Reeves, Bacon, & Fredman, 2009), os quais demonstram que, apesar da diminuição da taxa de fecundidade (com conseqüente diminuição do tamanho das famílias) e da inserção das mulheres no mercado de trabalho, a atividade de cuidar é naturalmente atribuída a elas, devido a seu histórico papel de cuidadoras (da casa, dos filhos, dos enfermos etc.), culturalmente imbricado nos valores da sociedade.

Por outro lado, a presença de idosos cuidando de idosos ainda não é tão forte como mostrado no estudo de Ferreira, Alexandre e Lemos (2011), realizado na cidade de São Paulo, provavelmente porque a transição demográfica na região norte não acompanhe o ritmo da região sudeste.

A maioria desses cuidadores têm mais de oito anos de escolaridade, acima do encontrado em outros estudos (Anjos, *et al.*, 2015; Gonçalves, *et al.*, 2013). A escolaridade dos cuidadores é um aspecto importante a ser avaliado, visto que é fundamental para o bom entendimento das propostas terapêuticas dos profissionais que atendem o idoso (seguir prescrições, doses, horários, orientações comportamentais e dietas) (Santos, & Tavares, 2012). Apesar disso, tanto os cuidadores formais como os informais avaliados neste estudo não possuem qualquer curso de formação e dificilmente têm tempo e recursos para serem instruídos por uma equipe multidisciplinar. Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques e Sousa (2011) enfatizam, em seu estudo, que a falta de conhecimento acerca da doença do idoso e de competências específicas para gerir os seus sintomas e manifestações dificulta o trabalho dos cuidadores, o que pode levar a uma diminuição da QV destes.

Na amostra estudada, grande parte das pessoas que desempenhavam atividades de cuidador também se ocupava de atividades domésticas e de outras atividades, remuneradas ou não. Esta provável sobrecarga de atividades pode ocasionar impactos negativos na QV do indivíduo (Anjos, *et al.*, 2015). Os cuidadores, devido ao nível de envolvimento nos cuidados com o idoso, correm o risco da inobservância do autocuidado e são mais predispostos ao isolamento social, à fadiga e ao risco de adoecimento (Santos, & Tavares, 2012; Ferreira, *et al.*, 2011).

Verificou-se ainda que a grande maioria dos cuidadores eram os próprios filhos do idoso, em detrimento de cuidadores formais, o que pode ser explicado pelo pequeno número de instituições de longa permanência na cidade de Belém (PA) (apenas 4) e pelos aspectos culturais, haja vista que ainda há um preconceito em relação aos familiares que optam por institucionalizar seus idosos dependentes (Prado, & Araújo, 2014).

A maior parte dos cuidadores referiu ter realizado mudanças em sua rotina para se dedicar ao cuidado e essa reestruturação tem impacto na QV uma vez que os cuidadores familiares (informais) ajustam suas atividades de lazer em função do cuidado e, inevitavelmente, diminuem a frequência de realização dessas atividades (Santos, & Tavares, 2012; Ferreira, Alexandre, & Lemos, 2011).

Observa-se na tabela 2 que, em relação à variável fase da vida, os cuidadores idosos obtiveram menor média de QV no domínio relações sociais do que os adultos, apesar da ausência de diferença estatística significativa entre as médias em qualquer dos domínios. No entanto, no domínio físico, estes apresentaram maior média. Sabe-se que o isolamento social é uma característica da população idosa devido, em grande parte, ao processo de perdas ao quais estão submetidos (Gorzoni, & Fabri, 2013). Ademais, como algumas condições (como as dores articulares e musculares e as alterações de sono, por exemplo) são associadas ao envelhecimento, os idosos podem omiti-las no momento de responder ao questionário por acharem que são características naturais do envelhecimento e não associadas às atividades de cuidado.

Em relação à renda pessoal, os cuidadores que não a possuíam tinham média da pontuação da QV no domínio meio ambiente significativamente maior do que os que possuíam renda pessoal. Isso se deve, provavelmente, ao fato de que os cuidadores que não possuíam renda pessoal não exerciam atividade laboral remunerada e, assim, tinham mais tempo e oportunidades de cuidar do ambiente do lar e de engajar-se em atividades de recreação e lazer, por exemplo.

Os cuidadores formais, ou seja, remunerados para os fins de cuidado, obtiveram maiores médias de QV nos domínios, exceto meio ambiente (sem diferença estatística significativa). Apesar de, teoricamente terem uma carga horária dedicada aos cuidados menor que a dos cuidadores informais, percebe-se que os cuidadores formais enfrentam uma grande dificuldade em seu ambiente de trabalho, quando acumulam atividades domésticas e de cuidado, talvez por não haver ainda uma legislação específica que elenque exatamente quais são suas atribuições.

No que tange aos aspectos do cuidado, a maioria dedica mais do que 12h/dia ao cuidado e não possui folgas; no entanto, boa parte deles referiu contar com um rodízio para a realização de cuidados. Os cuidadores que se dedicavam menos tempo ao cuidado dos idosos tinham média de QV significativamente melhor do que os que cuidavam mais tempo nos domínios psicológico e de relações sociais, o que mostra a importância de um esquema de rodízio para a prestação de cuidados e o impacto que o cuidado em tempo integral causa no indivíduo.

Gonçalves, *et al.* (2013) destacam que os cuidadores secundários, isto é, integrantes da família ou da comunidade (p. ex., vizinhos) são fundamentais para a qualidade de vida dos cuidadores principais e dos idosos, visto que cuidar de idosos por um longo tempo expõe o cuidador a riscos de adoecimento devido à falta de dedicação às atividades que visem a seu próprio prazer e, por conseguinte, expõe também os idosos a cuidados de menor qualidade.

Um estudo realizado na Noruega, com cuidadores de indivíduos com algum tipo de dependência, mostrou que estes tinham saúde mental significativamente pior do que os indivíduos do grupo-controle e que um dos principais fatores que pareciam contribuir para esse déficit era o estresse dos indivíduos cuidados (Borren, *et al.*, 2014). Pode-se inferir que o cuidado em tempo integral diminui a socialização e, por conseguinte, os estímulos tão necessários à preservação da saúde mental, dentre outros fatores. Por isso, o suporte social tanto formal como informal é extremamente necessário para fornecer escuta, troca de informações, ações educativas e de lazer.

A maioria dos cuidadores não possuía assistência psicológica. O apoio social tem o poder de fazer com que os cuidadores tenham sentimentos de acolhimento e pertencimento social e assim contribui para a preservação de sua saúde física e mental, bem como para a recuperação da autonomia da pessoa idosa (dentro de suas possibilidades), disponibilizando mais tempo para que o cuidador possa executar alguma atividade que lhe apeteça (Anjos, *et al.*, 2015).

Na avaliação da QV em relação à capacidade funcional do idoso que recebe os cuidados, observou-se que, para o domínio físico, apesar de não estatisticamente significativo, a pontuação média dos cuidadores de idosos parcialmente dependentes foi superior à de cuidadores de idosos totalmente dependentes. Tal resultado é esperado já que quanto mais tarefas necessitarem ser executadas para o idoso (banho, transferências, mobilização, alimentação, higiene etc.) mais força, equilíbrio e concentração são requeridos.

Corroborando o estudo de Ferreira, Alexandre e Lemos (2011), pode-se afirmar que, para cuidar de um idoso dependente, é necessário bom condicionamento físico.

Contudo, no que tange aos domínios, psicológico, de relações sociais, e de meio ambiente, as médias de QV de cuidadores de idosos totalmente dependentes foram superiores, talvez pela falta de resistência (sob a forma de recusa, agitação psicomotora e agressividade, entre outros) dos idosos aos cuidados.

A maioria dos indivíduos referiu ter problemas de saúde, destacando-se dores articulares, diabetes e hipertensão.

Estes dados corroboram com os de estudos realizados por outros autores (Anjos, *et al.*, 2015; Reis, R.A., Santos, Reis, L.A., & Gomes, 2013), os quais também destacam a presença desses agravos de saúde na população estudada e ainda encontraram associações significativas entre a presença de doenças e o declínio dos domínios físico e de meio ambiente do WHOQOL-BREF. Verificou-se, ainda, um envolvimento psicológico entre o cuidador e a situação de saúde do idoso que recebe os cuidados, o que pode levar ao declínio de seu próprio estado de saúde (Reis, *et al.*).

Apesar de a maioria dos cuidadores se auto-avaliarem com boa QV, mostraram-se insatisfeitos em relação à sua saúde. Santos e Tavares (2012), em seu estudo, observaram que 39,4% dos cuidadores pontuaram também sua qualidade de vida como “boa”, mas em relação à satisfação com a própria saúde, o maior percentual de pessoas (47,0%) referiu estarem satisfeitas. Viram ainda que quanto maior o número de morbidades menor o escore de QV dos cuidadores no domínio físico e sugerem que treinamentos com orientações de ergonomia e adaptação do lar podem diminuir o impacto da sobrecarga física na diminuição da QV.

Além disso, a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que foram observadas entre os cuidadores avaliados pode ser feita a partir de hábitos de vida saudáveis, tais como alimentação equilibrada, prática de exercício físico regular e engajamento em atividades de lazer, entre outras.

Schulz e Sherwood (2008) verificaram que, apesar de poucos trabalhos terem foco na associação entre cuidar e hábitos de vida saudáveis, alguns estudos já têm evidências de que os cuidadores não os têm, pois costumam faltar em consultas com profissionais de saúde e têm hábitos alimentares inadequados, entre outros fatores que podem contribuir para o declínio de sua saúde psicológica e física.

Outro estudo realizado com 66 cuidadores de indivíduos demenciados na Universidade da Califórnia (EUA) objetivou comparar a pressão arterial de cuidadores que relatavam: 1) alto engajamento em eventos agradáveis + baixa sensação de restrição para a realização de atividades; e 2) baixo engajamento em eventos agradáveis + alta sensação de restrição para a realização de atividades; e concluíram que a pressão arterial dos indivíduos diferia estatisticamente, pois a do grupo 1 era significativamente mais baixa do que a dos indivíduos do grupo 2. Isto é, o engajamento em atividades agradáveis e a diminuição de restrições de atividade aos cuidadores trazem benefícios à saúde. Estes achados têm implicações muito importantes para a saúde cardiovascular de cuidadores (Chattillion, *et al.*, 2014). Já um estudo populacional realizado em várias cidades dos Estados Unidos mostrou que cuidadores possuíam mais fatores de risco para o desenvolvimento de câncer, como excesso ponderal e tabagismo do que indivíduos que não se ocupavam de prestação de cuidados (Reeves, Bacon, & Fredman, 2009).

Ao avaliar o estado nutricional dos cuidadores, observou-se que a maioria apresentou excesso ponderal e risco cardiovascular. Diante desses resultados, objetivou-se associar as faixas de classificação nutricional do IMC e os domínios do WHOQOL-BREF, conforme demonstrado na Tabela 3. Contudo, não houve significância estatística, sugerindo que, neste grupo, a QV dos cuidadores independe do estado nutricional. No entanto, o estado nutricional adequado, a alimentação e outros hábitos saudáveis devem ser estimulados como condições relacionadas à prevenção de DCNT.

É imperativa a avaliação destes cuidadores por uma equipe multiprofissional haja vista que eles estão expostos a riscos nas diferentes dimensões de suas vidas, os quais eles mesmos desconhecem, como, por exemplo, o risco nutricional para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (Gonçalves, *et al.*, 2013).

Apesar de toda a discussão nos meios de comunicação que mostra a importância da prática de hábitos de vida saudável para a promoção, manutenção e recuperação da saúde, essas pessoas não o fazem, provavelmente por falta de tempo e/ou disposição.

A correlação entre os domínios do WHOQOL-BREF na tabela 4 sugere que, sendo a QV composta por aspectos subjetivos da vida das pessoas, a avaliação e o tratamento desses indivíduos de uma maneira holística (isto é, observando-se o suporte social a que eles têm acesso, sua situação psicológica, o meio ambiente em que estão inseridos, sua saúde física e capacidade de aprendizado, entre outros aspectos), é imprescindível para a melhora de sua qualidade de vida e, portanto, salienta-se mais uma vez a importância da atuação multiprofissional não só no treinamento desses indivíduos para o cuidado dos idosos, como para as atividades de autocuidado.

Grande parte dos profissionais de saúde estão acostumados a ver o cuidador como uma extensão do indivíduo cuidado, a parte funcional dele, e se esquecem de que, além de ser cuidadora, aquela pessoa também ocupa diversos outros papéis na sociedade, ou então, priva-se de ocupar para dedicar-se aos cuidados.

Gonçalves, *et al.* (2013) mostraram, em seu estudo, certo comprometimento do convívio social, o que se correlacionou com os domínios psicológico e de meio ambiente e enfatiza, por isso, a importância da articulação de redes de apoio social aos cuidadores para diminuir o impacto da atividade de cuidar na sua QV. É muito importante que os cuidadores recebam apoio psicológico, financeiro, ajuda para a realização do cuidado e de tarefas domésticas além de orientações de profissionais da saúde para melhor prestar o cuidado, de maneira que ele seja ouvido, ensinado e compreendido.

Por outro lado, mesmo sendo um convívio com fins de cuidado e sem as redes de apoio, alguns cuidadores que parecem ter aptidão para exercer as atividades requeridas e se dedicam à atividade de cuidar por vontade própria sentem-se realizadas em poder prestar os cuidados ao idoso dependente, seja por gratidão (em caso de um familiar ou ente querido), seja por empatia ou pelo sentimento de utilidade para a sociedade (Anjos, *et al.*, 2015). Essa relação pode ser beneficiada quando os profissionais de saúde que acompanham o binômio idoso-cuidador assumem uma postura de aliados do cuidador em detrimento de uma postura impositiva.

Considerações Finais

Os cuidadores avaliados neste estudo eram, em sua maioria, mulheres, adultos, que possuíam fonte de renda pessoal e exerciam outras atividades além do cuidado ao idoso dependente. Ademais, classificaram a própria QV como boa e referiram estarem insatisfeitos com a própria saúde.

Não possuir renda pessoal tornou a média de QV de alguns cuidadores significativamente maior do que a dos que possuíam. Os cuidadores que se dedicavam <12 h/dia ao cuidado tinham média de QV significativamente melhor do que os que cuidavam >12 h/dia nos domínios psicológico e de relações sociais.

A grande maioria dos cuidadores apresentava excesso ponderal, de acordo com a classificação do IMC e risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, de acordo com a medida da circunferência da cintura.

Sugere-se, a partir da correlação entre todos os domínios do WHOQOL-BREF, que os cuidadores, assim como os idosos, devem ser avaliados de uma maneira holística pelos profissionais de saúde para contemplar as diversas situações que possivelmente intervenham em sua QV. Esta avaliação só é possível na presença de uma equipe multidisciplinar integrada.

Os resultados deste estudo podem subsidiar ações voltadas à melhora da QV dos cuidadores de idosos e dos cuidados prestados por eles. Para tanto, é imprescindível que os profissionais de saúde estimulem o engajamento dos cuidadores formais e informais em atividades que lhes forneçam suporte social e orientações para o cuidar (grupos de apoio, p.ex.) enquanto os serviços de saúde não tiverem programas voltados à melhora da QV e do nível de informação desse segmento populacional, cada vez mais importante devido à transição demográfica.

Referências

Anjos, K.F., Boery, R.N.S.O., Pereira, R., Pedreira, L.C., Vilela, A.B.A., Santos, V.C., & Rosa, D.O.S. (2015). Associação entre apoio social e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5), 1321-1330.

- Barbosa, A.L., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A., & Sousa, L. (2011). Cuidar de idosos com demência em instituições: Competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Psicologia, Saúde & Doenças, 12*(1), 119-129.
- Borren, I., Tambs, K., Gustavson, K., & Sundet, J.M. (2014). Psychological distress in spouses of somatically ill: longitudinal findings from The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *Health and Quality of Life Outcomes, 12*(1), 139-149.
- Bradshaw, L.E., Goldberg, S.E., Schneider, J.M., & Harwood, R.H. (2013). Carers for older people with co-morbid cognitive impairment in general hospital: Characteristics and psychological well-being. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 28*(1), 681-690.
- Brasil. (2008). *Guia prático do cuidador*. Brasília (DF): Ministério da Saúde.
- Resolução n.º 466/2012 (2012). Regulamenta pesquisas em seres humanos no Brasil. *Diário Oficial da União, 12*, 59-62.
- Chattillion, E.A., Ceglowski, J., Roepke, S.K., Von Känel, R., Losada, A., Mills, P.J., Romero-Moreno, R., Grant, I., Patterson, T.L., & Mausbach-Brent, T. (2013). Pleasant Events, Activity Restriction, and Blood Pressure in Dementia Caregivers. *Health Psychology, 32*(7), 793-801.
- Ferreira, C.G., Alexandre, T.S., & Lemos, N.D. (2011). Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores de idosos em assistência domiciliária. *Saúde e Sociedade, 20*(2), 398-409.
- Fleck, P.A.M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista Saúde Pública, 34*(2), 178-183.
- Gonçalves, L.T.H., Leite, M.T., Hildebrandt, L.M., Bisogno, S.C., Biasuz, S., & Falcade, B.L. (2013). Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 16*(2), 315-325.
- Gorzoni, M.L., & Fabbri, R.M.A. (2013). *Livro de bolso de Geriatria*. São Paulo (SP): Atheneu.
- Katz, S., Down, T.D., & Cash, H.R. (1970). Progress in the development of the index of ADL. *The Gerontologist, 10*(1), 20-30.
- Lourenço, T.M., Lenardt, M.H., Kletemberg, D.F., Seima, M.D., Tallmann, A.E.C., & Neu, D.K.M. (2012). Capacidade funcional no idoso longo: uma revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem, 33*(2), 176-185.
- Muchale, S.M. (2014). Modalidades de assistência ao idoso. In: Mendes, T.A.B. (Coord.). *Geriatria e Gerontologia*, 201-209. Barueri (SP): Manole.
- Oliveira, C.O., & D'Elboux, M.J. (2012). Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem, 65*(5), 829-838.
- Organización Panamericana de la Salud (OPAS). (2001). *Anales de la 36ª Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud. Encuesta multicentrica: Salud, bien estar y envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe*. Washington (DC): World Health Organization.
- Prado, A.R.A., & Araújo, E.N.P. (2014). Instituição de longa permanência: Necessidade contemporânea dos idosos. In: Mendes, T.A.B. (Coord.). *Geriatria e Gerontologia*, 241-253. Barueri (SP): Manole.

Reeves, K.W., Bacon, K., & Fredman, L. (2012). Caregiving associated with selected cancer risk behaviors and screening utilization among women: cross-sectional results of the 2009 BRFSS. *Bio Med Central Public Health*, 12(1), 685.

Reis, R.A., Santos, K.T., Reis, L.A., & Gomes, N.P. (2013). Quality of life and associated factors for caregivers of functionally impaired elderly people. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 17(2), 146-151.

Santos, N.M.F., & Tavares, D.M.S. (2012). Correlação entre qualidade de vida e morbidade do cuidador de idoso com acidente vascular encefálico. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 46(4), 960-966.

Schulz, R., & Sherwood, P.R. (2013). Physical and mental health effects of family caregiving. *American Journal of Nursery*, 108(9), 23-27.

Torres, G.V., Reis, Luciana A., Reis, Luana A., Fernandes, M.A., & Xavier, T.T. (2010). Relação entre funcionalidade familiar e capacidade funcional de idosos dependentes no município de Jequié (BA). *Revista Baiana de Saúde Pública*, 34(1), 19-30.

World Health Organization Quality of Life Group (WHO). (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41, 1403-1409.

World Health Organization (WHO). (1995). *Physical Status: the use and interpretation of anthropometry*. Geneva (Suíça).

Recebido em 07/10/2015

Aceito em 20/12/2015

Adrienne Pureza Maciel - Nutricionista Residente em Saúde do Idoso no Hospital Universitário João de Barros Barreto, Belém (PA).

E-mail: dri_pmaciell@hotmail.com

Pricila Ferreira de Luna - Nutricionista Residente em Saúde do Idoso no Hospital Universitário João de Barros Barreto, Belém (PA).

E-mail: pricilaluna@yahoo.com.br

Taianara Tocantins Gomes Almeida - Nutricionista. Especialista em Saúde do Idoso, Hospital Universitário João de Barros Barreto, Belém (PA).

E-mail: tai.nutri@hotmail.com

Elenilce Pereira de Carvalho - Nutricionista. Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia (2012). Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso do Hospital Universitário João de Barros Barreto. Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil.

E-mail: carvalhonut@bol.com.br