

Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral*

BURDEN ON CAREGIVERS OF ELDERLY VICTIMS OF CEREBROVASCULAR ACCIDENT

SOBRECARGA DE LOS CUIDADORES DE ANCIANOS CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Roberta Amorim Pereira¹, Emanuella Barros dos Santos², Jack Roberto Silva Fhon³, Sueli Marques⁴, Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues⁵

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral (AVC), assim como correlacioná-la com as horas de cuidado, a idade e a independência funcional dos idosos. Trata-se de estudo transversal feito com 62 idosos com AVC e seus cuidadores. O instrumento continha variáveis sociodemográficas e econômicas, Mini-Exame do Estado Mental, Medida da Independência Funcional (MIF) e a Escala de Zarit. A possível correlação entre os escores da escala de Zarit e as outras variáveis foi avaliada por meio do Coeficiente de Correlação de Pearson. A maioria dos cuidadores era adultos, filhos, casados e do sexo feminino. A média do escore de Zarit foi 34,92 (15,8). A MIF apresentou correlação negativa com a sobrecarga do cuidador, porém, não houve correlação com a idade e as horas de cuidado. A sobrecarga da maioria dos cuidadores variou de moderada a severa e parece estar relacionada ao nível de independência funcional dos idosos.

DESCRIPTORIOS

Idoso
Acidente vascular cerebral
Cuidadores
Enfermagem geriátrica

ABSTRACT

The aim was to assess the burden on caregivers of elderly victims of cerebrovascular accident (CVA) and to correlate it with care hours, the elderly people's age and functional independence. This cross-sectional study counted the participation of 62 elderly individuals with CVA and their caregivers. The instrument used contained socio-demographic and economic variables, the Mini-Mental Status Examination, the Functional Independence Measure (FIM) and the Zarit Scale. The possible correlations between the Zarit scale scores and the other variables were assessed using Pearson's Correlation Coefficient. Most caregivers were adults, children of the victims, married, and female. The mean Zarit score was 34.92(15.8). The FIM showed a negative correlation with caregiver burden, but no correlation with age and number of care hours. The burden on most of the caregivers ranged from moderate to severe and seems to be related to the level of functional independency of the elderly.

DESCRIPTORS

Aged
Stroke
Caregivers
Geriatric nursing

RESUMEN

Se objetivó evaluar la sobrecarga de cuidadores de ancianos con accidente cerebrovascular (ACV), y correlacionarla con horas de cuidado, edad e independencia funcional de los ancianos. Estudio transversal con 62 ancianos con ACV y sus cuidadores. El instrumento contenía variables sociodemográficas y económicas, Mini-Examen del Estado Mental, Medida de la Independencia Funcional (MIF) y la Escala de Zarit. La posible correlación entre los puntajes de la escala de Zarit y las otras variables fue evaluada por Coeficiente de Correlación de Pearson. La mayoría de los cuidadores eran adultos, hijos, casados y de sexo femenino. El promedio de puntaje de Zarit fue 34,92 (15,8). La MIF presentó correlación negativa con la sobrecarga del cuidador, sin embargo no hubo correlación con edad y horas de cuidado. La sobrecarga de la mayoría de los cuidadores varió entre moderada y severa, y parece relacionarse con el nivel de independencia funcional del anciano.

DESCRIPTORIOS

Anciano
Accidente cerebrovascular
Cuidadores
Enfermería geriátrica

* Extraído do trabalho de conclusão de curso "Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral", Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2011. ¹ Graduanda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, São Paulo. amorimpereira.roberta@gmail.com ² Mestranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. lelabarros@usp.br ³ Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. beto_unw@hotmail.com ⁴ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. smarques@eerp.usp.br ⁵ Livre-Docente em Enfermagem. Professora Titular da Escola Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. rosalina@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma síndrome neurológica frequente em adultos e idosos, sendo uma das maiores causas de morbimortalidade em todo o mundo⁽¹⁾. Sua incidência é maior após os 65 anos, havendo aumento do risco com a idade, dobrando a cada década após os 55 anos. É a principal causa de incapacidade funcional, sendo precedida apenas pelas doenças cardiovasculares e pelo câncer⁽²⁾.

Por provocar sequelas e limitações relevantes nos pacientes sobreviventes, o AVC é a primeira causa de incapacitação funcional no mundo ocidental⁽²⁾. Sua prevalência mundial na população geral é em torno de 0,5 a 0,7%⁽²⁾. A população sobrevivente representa aproximadamente 50% e necessita da supervisão de enfermagem após a alta hospitalar, principalmente na Atenção Básica, em que orientações e assistência são necessárias para que consiga se adaptar ao novo estilo de vida imposto pela doença. Por outro lado, cerca de 20% dos pacientes que tiveram AVC falecem em um mês e os outros 30% passam pelo evento, sobrevivem com alguns déficits neurológicos, mas ainda conseguem viver de forma independente⁽²⁻³⁾.

Estatísticas apontam que cerca de dois milhões de pessoas que sobreviveram ao AVC permanecem com alguma incapacidade; destas, 40% necessitam de assistência nas atividades da vida diária⁽⁴⁾. Após o período de internação hospitalar, o idoso que sofreu AVC pode retornar ao lar com sequelas físicas e cognitivas-comportamentais que comprometem a capacidade funcional, a independência e a autonomia e também podem ter efeitos sociais e econômicos que invadem todos os aspectos da vida⁽⁵⁾.

Após a hospitalização, 80% dos sobreviventes do AVC retornam à comunidade. Entretanto, continuam requerendo cuidados especiais que, considerando a cultura brasileira e as condições socioeconômicas da população, geralmente são fornecidos pela família⁽⁶⁾.

Em consequência à permanência das sequelas incapacitantes após o AVC, podem ocorrer mudanças na dinâmica da vida destes pacientes. Estas mudanças incluem restrições na realização das atividades da vida diária, como, por exemplo, na movimentação física, na cognição e na capacidade de tomar decisões sobre a própria vida ou da família.

É nesse contexto que surge o cuidador, pessoa de grande importância para o cuidado com vistas à reabilitação desses pacientes. Entende-se por cuidador a pessoa que tem a incumbência de realizar as tarefas que o paciente lesado pelo episódio mórbido não tem mais possibilidade

de executar e suprir a incapacidade funcional temporária ou definitiva. Existem dois tipos de cuidadores: o *cuidador formal*, aquele que é contratado pelo idoso e/ou família para exercer as ações de cuidado, estabelecendo-se nesse caso um vínculo empregatício, e o *cuidador informal*, que é elemento da família do idoso ou a ele relacionado (amigos, vizinhos, membros da igreja, entre outros), e que passa a assumir as ações do cuidado⁽⁷⁾.

A maioria dos cuidadores de idosos com AVC é do tipo informal. Isso se deve ao fato de a família assumir as atividades do cuidado aos seus membros, sendo esta uma prática antiga⁽⁷⁾. Com o aumento do número de doenças crônicas no idoso, essa realidade é potencializada pela falta de recursos financeiros das famílias para contratar uma empresa que preste cuidados domiciliares ou um profissional particular.

Devido ao aumento da expectativa de vida e, por conseguinte, do número de morbidades incapacitantes e presença quase que obrigatória do cuidador, faz-se necessário o conhecimento da sobrecarga desses cuidadores para orientar o planejamento de ações da enfermagem voltadas a eles e aos idosos.

A doença prolongada de um familiar representa uma situação de crise geradora de estresse, uma ameaça ao equilíbrio do normal funcionamento pessoal, familiar e social. Diante dessas situações adversas e na ausência de mecanismos de resolução de problemas imediatos, o cuidador informal (CI) fica sujeito a uma situação problemática, que pode conduzir a um estado de desorganização psicossocial, frequentemente acompanhado de sentimentos negativos, como medo, culpa e ansiedade. Quando este estado de mal-estar e tensão não é tolerado durante um longo período, o indivíduo tende a adotar novos modos de resposta para superar a crise, que poderão conduzir a um ajustamento não saudável com repercussões emocionais negativas, gerando a sobrecarga⁽⁸⁾.

A sobrecarga do cuidador informal é uma perturbação resultante do lidar com a dependência física e a incapacidade mental do indivíduo alvo da atenção e dos cuidados. O processo de cuidar de um familiar idoso e/ou dependente é contínuo e quase sempre irreversível, comportando cinco situações de crise: consciência da degeneração, imprevisibilidade, limitações de tempo, relação afetiva entre cuidador e sujeito alvo dos cuidados e a falta de alternativas de escolha⁽⁹⁾.

Devido ao aumento da expectativa de vida e, por conseguinte, do número de morbidades incapacitantes e presença quase que obrigatória do cuidador, faz-se necessário o conhecimento da sobrecarga desses cuidadores para orientar o planejamento de ações da enfermagem voltadas a eles e aos idosos.

Diante disto, este estudo objetivou avaliar a sobrecarga dos cuidadores informais de idosos com AVC, como também correlacioná-la com as horas de cuidado, a idade e a independência funcional dos idosos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, com idosos que tiveram AVC e seus cuidadores informais. Os participantes (62 idosos e seus respectivos cuidadores informais) foram recrutados de janeiro a dezembro de 2010 na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP) por meio do cadastro do Serviço de Arquivo Médico (SAM). Posteriormente, foi feito contato telefônico com esses idosos para agendamento das entrevistas em seus domicílios. A coleta de dados ocorreu no domicílio do idoso, sob forma de entrevista, realizada pelas enfermeiras, no período de janeiro a junho de 2011.

Os critérios de inclusão para os idosos foram: ter idade igual ou superior a 60 anos, ter diagnóstico médico de AVC (isquêmico ou hemorrágico), ter retornado ao domicílio após a alta hospitalar, residir na cidade de Ribeirão Preto/SP e possuir cuidador informal. Para o cuidador, os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 18 anos e ser cuidador informal do idoso.

O instrumento foi constituído de quatro seções. A primeira correspondeu à identificação das variáveis socio-demográficas e econômicas (idade, sexo, renda familiar, estado civil e escolaridade) do idoso e do cuidador, empregando um questionário padronizado.

Já a segunda referiu-se à avaliação do estado cognitivo do idoso por meio do Mini-Exame do Estado Mental (ME-EM). Essa escala é constituída por questões agrupadas em sete categorias, cada uma com o objetivo de avaliar domínios cognitivos específicos, como a orientação temporal, orientação espacial, registro de três palavras, atenção e cálculo, recordação das três palavras, linguagem e capacidade construtiva visual. As notas de corte foram adotadas de acordo com a escolaridade, sendo 13 a nota de corte para analfabetos; 18 para escolaridade baixa (1-3 anos) e média (4-7 anos) e 16 para escolaridade alta (8 anos ou mais)⁽¹⁰⁾.

A terceira seção correspondeu à avaliação da independência funcional do idoso, utilizando-se a Medida da Independência Funcional (MIF). Esta escala verifica o grau de assistência requerida pelo paciente na realização de atividades motoras e cognitivas do dia-a-dia, sendo constituída de 18 itens, distribuídos em: autocuidado, controle de esfíncteres, transferências, locomoção, comunicação e cognição social. Cada item recebe uma pontuação de 1 a 7, sendo 1 correspondente à dependência total; 2 dependência máxima; 3 dependência moderada, 4 dependência mínima, 5 supervisão, 6 independência modificada (ajuda técnica) e 7 independência completa. Os escores totais variam de 18 a 126 pontos, que caracterizam o nível de independência do paciente⁽¹¹⁾.

A última seção do instrumento referiu-se à avaliação da sobrecarga do cuidador informal, empregando-se a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. Esta escala é constituída

por 22 itens, que avaliam a saúde, o bem-estar psicológico e socioeconômico do cuidador principal e sua relação com paciente. Cada item consiste em uma afirmação pontuada de acordo com a frequência com que elas ocorrem, recebendo a seguinte pontuação: 0 (nunca); 1 (quase nunca); 2 (às vezes); 3 (quase sempre) e 4 (sempre). O escore final é calculado pela soma de todos os itens, que pode variar de 0 a 88, isto é, quanto maior o valor, maior a sobrecarga⁽¹²⁾.

Os procedimentos de coleta de dados foram instituídos após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP) em agosto de 2010, mediante o processo nº 7735/2010, atendendo à Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das pesquisas realizadas em seres humanos.

Os dados foram digitados na planilha do programa Excel, empregando-se a técnica de validação por dupla entrada para detectar inconsistências. Após essa etapa, os dados foram importados para o aplicativo SPSS (*Statistical Package for Social Science*) para Windows versão 15.0. Para todas as variáveis, foi utilizada a técnica de estatística descritiva, incluindo a medida de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão) para variáveis quantitativas. A possível correlação entre os escores da escala de Zarit e a MIF, idade do idoso, horas de cuidado semanal, horas de cuidado no fim de semana foram avaliadas pelo Coeficiente de Correlação de Pearson, sendo o nível de significância de 5%.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as características sócio-demográficas referentes ao idoso. Houve predomínio de idosos com 75 anos ou mais (51,6%), com variação entre 60 e 87 anos e média de 73,9 (7,70), com escolaridade entre 1 e 4 anos, com média de 3,95 (2,50), do sexo feminino, casados. Na avaliação do estado cognitivo, por meio do MEEM, verificou-se que do total dos idosos, 39 (62,9%) apresentaram déficit cognitivo.

O perfil social dos cuidadores informais está apresentado na Tabela 2. Apesar do predomínio de adultos no papel de cuidador, vale ressaltar a presença de grande número de idosos que também são cuidadores de outros idosos. O grau de parentesco dos cuidadores com os idosos apresentou uma distribuição homogênea entre aqueles que são filhos e os que são cônjuges, sendo, predominantemente, do sexo feminino. A média de idade dos cuidadores foi de 56,3(12,5) anos.

A Figura 1 representa a distribuição dos cuidadores segundo a sobrecarga. O escore da Escala de Zarit variou entre 5 e 67 pontos, com uma média de 34,9 e desvio padrão de 15,8. Observou-se que aproximadamente 40% dos cuidadores obtiveram escores iguais ou superiores a 44, demonstrando um nível de sobrecarga de moderado a alto.

Tabela 1 - Perfil social dos idosos que tiveram AVC atendidos em um hospital governmental segundo idade, escolaridade, sexo, estado conjugal e conformação do arranjo domiciliar - Ribeirão Preto, 2011

Variável	N	%	Média (DP*)	Mediana	Varição Observada
Idade			73,9 (7,70)	74,7	60 – 87
60 – 64	7	11,3			
65 – 69	13	21,0			
70 – 74	10	16,1			
75 – 79	17	27,4			
80 ou mais	15	24,2			
Escolaridade (anos)			4,0 (2,5)	4,0	0-10
Analfabeto	10	16,1			
1 – 4 anos	36	58,1			
5 – 8 anos	13	21,0			
9 anos ou mais	3	4,80			
Sexo					
Masculino	30	48,4			
Feminino	32	51,6			
Estado conjugal					
Solteiro	4	6,50			
Casado	32	51,6			
Viúvo	26	41,9			

*DP = Desvio Padrão

Nota: (n= 62)

Tabela 2 - Perfil social do cuidador dos idosos que tiveram AVC atendidos em um hospital governmental segundo idade, escolaridade, sexo, estado conjugal e parentesco - Ribeirão Preto, 2011

Variável	N	%	Média (DP*)	Mediana	Varição Observada
Idade (em anos)			56,3 (12,5)	57	27 – 79
27 – 59	33	53,2			
60 ou mais	29	46,8			
Escolaridade (anos)					
Analfabeto	1	1,60			
Sabe ler e escrever	1	1,60			
1 - 4 anos	21	33,9			
5 - 8 anos	19	30,6			
9 -12 anos	11	17,7			
13 anos ou mais	9	14,5			
Sexo					
Masculino	10	16,1			
Feminino	52	83,9			
Estado conjugal					
Nunca se casou ou morou c/ companheiro	13	21,0			
Casado	42	67,7			
Separado/divorciado	5	8,10			
Viúvo	2	3,20			
Parentesco					
Esposo (a)	25	40,3			
Filho (a)	26	41,9			
Irmão (a)	3	4,80			
Neto (a)	1	1,60			
Genro (nora)	5	8,10			
Outros	2	3,20			

*DP = Desvio Padrão

Nota: (n= 62)

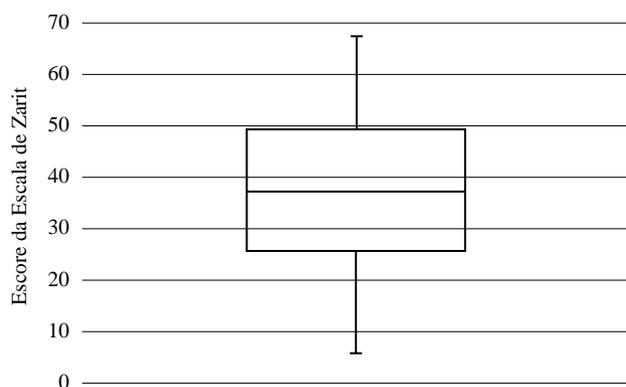


Figura 1 - Box-plot da pontuação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit dos cuidadores. Ribeirão Preto, 2011

A Tabela 3 apresenta as correlações entre a sobrecarga dos cuidadores e as variáveis referentes aos idosos. A independência funcional do idoso, tanto no domínio motor quanto cognitivo, apresentou correlação negativa com o nível de sobrecarga do cuidador, sugerindo que maiores níveis de sobrecarga estão associados a idosos mais dependentes. Em contrapartida, não

Tabela 3 - Distribuição da correlação de Pearson entre a sobrecarga do cuidador e as variáveis idade do idoso, escore total da MIF e horas de cuidado - Ribeirão Preto, 2011

	Idade do idoso	MIF total	MIF motora	MIF cognitiva	Horas cuidado semanal	Horas cuidado final de semana
Zarit	- 0,008	-0,466**	-0,444**	-0,496**	0,216	0,223

**p < 0,01

Além da escolaridade, o estado cognitivo também tem importância fundamental na capacidade de compreensão, adesão e autocuidado do idoso. Os dados do MEEM mostraram que a maioria dos idosos (62,9%) apresentou déficit cognitivo, o que corrobora os achados outro estudo⁽¹⁴⁾, que observou alta prevalência de déficit cognitivo entre pacientes com AVC até três anos após o evento. Assim, sugere-se que a alta porcentagem de idosos com déficit cognitivo, no presente estudo, pode ser decorrente da seqüela do AVC, que comumente envolve a memória, orientação, linguagem e atenção. Outro fator que pode contribuir para o déficit cognitivo é a idade avançada; neste estudo, 51,6% dos idosos entrevistados tinham 75 anos ou mais.

Todos os cuidadores entrevistados eram cuidadores informais, que se identificaram, em sua maioria, como cuidadores principais, ou seja, responsáveis pelo idoso e pela maior parte das tarefas. O cuidador informal é em geral algum familiar ou amigo, sendo a alternativa prevalente para 80 a 90% das situações em que os idosos apresentam capacidade de autocuidado comprometida. Um estudo transversal de abordagem qualitativa⁽⁶⁾ descreve a predominância destas mesmas características nos perfis dos cuidadores pesquisados.

foi observada correlação entre a sobrecarga do cuidador com a idade do idoso e as horas de cuidado.

DISCUSSÃO

Os dados encontrados em relação a idade, sexo e estado civil da maioria dos idosos estudados corroboram com os encontrados por outro autor⁽¹³⁾, que destaca que a idade avançada é fator de risco para o AVC, pois a incidência desta morbidade mais que duplica em cada década sucessiva e acomete as mulheres em maior proporção. Ao considerar o estado civil, ser casado favorece que o idoso acometido por AVC seja cuidado por sua família (cônjuge).

O estudo citado verificou que a maior parte dos idosos era analfabeto⁽¹³⁾; porém outro estudo⁽⁵⁾ mostrou que 45,4% dos idosos sabiam apenas ler e escrever. No presente estudo, predominou a escolaridade entre 1 e 4 anos, caracterizando, assim, um grupo com baixo nível escolar. Esse dado, associado a fatores socioeconômicos e culturais, pode contribuir para o aparecimento da doença, uma vez que dificulta a conscientização para as necessidades de cuidado com a saúde, adesão ao tratamento, manutenção de um estilo de vida saudável e prevenção de fatores de risco.

Em relação à média de idade dos cuidadores, houve um número significativo com idade avançada (75 anos ou mais). Situação semelhante foi observada em outro estudo⁽⁶⁾, o que pode ser fator preocupante no processo de cuidar, pois esses cuidadores podem apresentar limitações físicas e funcionais devido ao processo de envelhecimento avançado.

Quanto ao sexo dos cuidadores, a maior parte era do sexo feminino, destacando o papel da mulher como cuidadora na cultura brasileira. Historicamente, a mulher sempre foi responsável pelo cuidado, seja da casa ou dos filhos, enquanto o papel do homem era de trabalhar fora para garantir o provimento financeiro da família. Apesar de todas as mudanças sociais e na composição familiar e dos novos papéis assumidos pela mulher, como sua maior participação no mercado de trabalho, ainda se espera que assumam a função de cuidadora. Sendo assim, é comum que a mulher assumam os cuidados mesmo quando tem outro trabalho, o que acaba repercutindo na redução do tempo livre e traz implicações para a vida social. Geralmente, os homens participam do cuidado de uma forma secundária, por meio de ajuda financeira ou em tarefas externas, como o transporte do paciente e pagamento de contas⁽⁶⁻⁷⁾.

O estado civil do cuidador também requer atenção. Esta pesquisa encontrou que a maioria dos cuidadores, sejam eles filhos ou cônjuges dos idosos são casados. Este pode ser um fator positivo e facilitador quando constitui um apoio para as atividades desenvolvidas, ou negativo quando gera sobrecarga ao cuidador pelo acúmulo de papéis.

A escolaridade dos cuidadores é um dado de relevante, pois são eles que recebem as informações e orientações da equipe de saúde, bem como acompanham os idosos aos serviços de saúde. O nível de escolaridade pode influenciar os sentimentos dos cuidadores, sendo que a baixa escolaridade dificultaria a compreensão do que acontece com o paciente. No entanto, os sentimentos dos cuidadores são consequência de uma interação complexa de fatores, indo muito além da informação⁽⁶⁾.

Analisando o grau de parentesco dos cuidadores, outros autores⁽⁴⁶⁾ ressaltam que a responsabilidade dos cuidados é transferida para os filhos quando o cônjuge já é falecido ou não pode desempenhar este papel, fato este também observado neste estudo. Os autores acrescentam que existe uma relação de obrigação, proveniente de valores impostos pela cultura familiar, ou seja, cuidar é uma obrigação moral: quando eram crianças, os pais cuidaram dos filhos; no momento que os pais estão dependentes, os filhos devem cuidar de seus pais, e esse sentimento perdura pelas gerações. Quando os filhos são cuidadores dos pais, muitas vezes, o sentimento de obrigação confunde-se com uma retribuição de cuidados, somando-se também ao afeto⁽⁴⁶⁾.

No caso do cuidado ser assumido pelos cônjuges, também se percebe uma relação de obrigação, porém, nesta situação trata-se da *obrigação matrimonial*, pois há um projeto de vida comum assumido pelo casamento e o compromisso de estar junto *na saúde e na doença*⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Assim, a doença, especialmente a crônica, é sempre um acontecimento estressor que produz efeitos no paciente e na família e esta, ao vivenciar a crise, experimenta inicialmente um desequilíbrio em sua capacidade de funcionamento normal, provocando alterações que envolvem afeto, finanças e relações de poder que levam a um processo de reorganização familiar. O cuidador familiar surge então como parte importante das ações de manutenção da autonomia, integração e participação do idoso nas relações familiares e na sociedade.

Esses dados reforçam também a necessidade de maior atenção aos cuidadores familiares, pois as mudanças sociais e econômicas que estão transformando as estruturas familiares nas cidades brasileiras podem afetar a posição e o papel tradicional do cuidador, associadas ao fato de que a presença de uma pessoa incapacitada na família pode conduzir a mudanças estruturais, socioeconômicas e emocionais e atingir todos os

membros da família, a qual reage utilizando estratégias de acolhimento e cuidados.

Acredita-se que o envolvimento afetivo proporcionado pelos laços familiares dos cuidadores com os idosos apresenta uma profundidade tal que justifica a intensidade e a diversidade das respostas encontradas na escala de Zarit. É o que reforça um estudo⁽¹⁷⁾ que se refere aos diferentes sentimentos e comportamentos apresentados pelos cuidadores durante toda a evolução da doença, ao perceberem os investimentos realizados não só quanto à cura, ao tratamento, às perdas físicas e sociais e também quanto à mudança de sua vida como um todo.

Outra possível justificativa para a grande variação encontrada nos escores da Escala de Zarit seriam os diferentes níveis de dependência dos idosos. Alguns estudos^(7,18) verificaram que frequentemente a sobrecarga está associada ao nível de dependência, havendo uma correlação significativa com capacidade funcional do idoso.

A incapacidade funcional dos idosos não está relacionada somente ao AVC. Registre-se, por oportuno, que simultaneamente às sequelas do AVC ocorre o processo de senescência nos idosos. Embora o envelhecimento não seja uma enfermidade, as mudanças de estruturas e funções corporais que ocorrem no organismo, principalmente nos sistemas músculo-esquelético, ósseo e nervoso, diminuem a capacidade funcional dos indivíduos para exercer suas atividades de vida diária. Dessa forma, o processo de senescência contribui para acentuar as perdas da capacidade funcional resultantes do AVC, reforçando a necessidade de cuidados contínuos.

A senescência pode ser um fator que coopera para o aumento da sobrecarga dos cuidadores, não só por contribuir para a diminuição da capacidade funcional, como por dificultar a percepção das melhorias alcançadas pelos idosos^(3,15). Os cuidadores empenham-se na realização das atividades tidas como necessárias para recuperação do ser cuidado e esperam resultado efetivo da recuperação do idoso. Quando essa melhoria não é percebida pelo cuidador, o cuidado pode se tornar uma rotina cansativa e frustrante.

Acrescenta-se a isso a ansiedade e o nervosismo que se fazem presentes nos cuidadores no momento que o idoso sente-se impaciente em decorrência da impossibilidade de realizar algumas atividades. Esse sentimento experimentado pelo paciente também afeta o cuidador, fazendo-o sentir-se cansado e sobrecarregado.

A sobrecarga do cuidador, além de estar relacionada com a dependência funcional do idoso, pode estar associada também com a sua falta de discernimento quanto à necessidade de assistência total, máxima, mínima ou apenas de supervisão durante a realização de uma atividade pelo idoso. Muitas vezes, o idoso possui condições físicas

e cognitivas para realizar uma determinada atividade, mas a falta de conhecimento, o medo e o sentimento de estar negligenciando o cuidado fazem com que o cuidador não a delegue a tarefa ao idoso, privando-o de melhoria funcional e possível independência.

O discernimento sobre quando é necessário prestar assistência ou permitir que o idoso realize a atividade decorre do conhecimento do potencial do idoso, de estratégias que facilitam o desempenho dos idosos nas atividades e de como realizá-las com segurança. Essa aquisição do conhecimento não é obtida de forma arbitrária, mas por meio das orientações realizadas pelos enfermeiros ou no momento da alta hospitalar ou no retorno à comunidade, com o seguimento nas unidades de saúde. Faz-se necessário a realização de orientações de enfermagem efetivas e apropriadas para o potencial do idoso e realidade da família.

CONCLUSÃO

Assumir sozinho o cuidado de um familiar não é uma tarefa fácil, pois além dos cuidadores lidarem com uma

diversidade de sentimentos, vêm-se obrigados a agregar novas atividades a sua rotina de vida. Assim, cuidar de um idoso com sequelas de AVC traz sobrecarga física, emocional e social para o cuidador.

Os resultados encontrados neste estudo sugerem que os cuidadores apresentam sobrecarga de moderada a severa e esta parece estar relacionada ao nível funcional dos idosos com AVC. Esses dados reforçam a necessidade de planejamento e implementação de ações de enfermagem que orientam os cuidadores quanto à realização das atividades inerentes ao cuidado, a fim de minimizar a sobrecarga vivenciada por eles.

Devido às limitações do presente estudo quanto ao número da amostra e delineamento, faz-se necessário a condução de novos estudos para ampliar o conhecimento sobre a temática, que identifiquem outros possíveis fatores que desencadeiam ou aumentam a sobrecarga dos cuidadores, assim como estudos longitudinais para que se possa identificar de que forma a sobrecarga apresenta-se ao longo do tempo.

REFERÊNCIAS

1. Giles MF, Rothwell PM. Measuring the prevalence of stroke. *Neuroepidemiology*. 2008;30(1):205-6.
2. Rodgers H. Risk factors for first-ever stroke in older people in the North East of England: a populationbased study. *Stroke*. 2004;35(1):7-11.
3. Andrade LM, Costa MFM, Caetano JA, Soares E, Beserra EP. The problematic aspects of the family caregiver of people who suffered strokes. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2009 [cited 2011 Nov 27];43(1):37-43. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/en_05.pdf
4. Nicoletti A, Sofia V, Giuffrida S, Bartoloni A, Bartalesi F, Bartolo ML, et al. Prevalence of stroke: a door-to-door survey in rural Bolívia. *Stroke*. 2000;31(4):882-5.
5. Marques S, Rodrigues RAP, Kusumota L. O idoso após acidente vascular cerebral: alterações no relacionamento familiar. *Rev Latino Am Enferm*. 2006;14(3):364-71.
6. Fonseca NR, Penna AFG. Perfil do cuidador familiar do paciente com seqüela de acidente vascular encefálico. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(4):1175-80.
7. Nascimento LC, Moraes ER, Silva JC, Veloso LC, Vale ARMC. Cuidador de idosos; conhecimento disponível na base de dados LILACS. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(4): 514-7.
8. Skinner EA, Edge K, Altman J, Sherwood H. Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychol Bull*. 2003;129(2):216-69.
9. Braithwaite V. Caregiving burden, making the concept scientifically useful and policy relevant. *Res Aging*. 1992;14(1):3-27.
10. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994;52(1):1-7.
11. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SH, Hatsu S, Potiguara P, Pinto N, et al. Validação da versão brasileira da medida de independência funcional. *Acta Fisiatr*. 2004;11(2):72-6.
12. Scazufca M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002; 24(1):12-7.
13. Souza CB, Abreu RNDC, Brit EM, Moreira TMM, Silva LMS, Vasconcelos SMM. O cuidado domiciliar de idosos acometidos por acidente vascular cerebral: cuidadores familiares. *Rev Enferm UERJ*. 2009;17(1):41-5.
14. Patel M, Coshall C, Rudd A, Wolfe CD. Natural history of cognitive impairment after stroke and factors associated with its recovery. *Clin Rehabil*. 2003;17(2):158-66.

-
15. Elsen I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS, organizadores. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: UEM; 2002. p.11-24.
 16. Cattani RB, Girardon-Perlini NMO. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. Rev Eletr Enferm [Internet]. 2004 [citado 2011 nov. 27];6(2): 254-71. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/812/929>
 17. Lavinsky AE, Vieira TT. Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimentos dos familiares envolvido. Acta Sci Health Sci. 2004;26(1):41-5.
 18. Bocchi SCM. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise do conhecimento. Rev Latino Am Enferm. 2004;12(1):115-21.