



QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS QUE CUIDAM DE IDOSOS NO DOMICÍLIO
QUALITY OF LIFE OF ELDERLY PEOPLE WHO CARE FOR THE ELDERLY AT HOME
CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES QUE CUIDAN A LOS ANCIANOS EN CASA

Ana Carolina de Oliveira Rocha¹, Fernanda Rochelly do Nascimento Mota², Maria Josefina da Silva³, Lara Anísia Menezes Bonates⁴, Ana Claudia de Oliveira Rocha⁵

RESUMO

Objetivo: conhecer a autoavaliação da qualidade de vida (QV) de idosos que cuidam de idosos a partir do instrumento *WHOQOL-bref*. **Método:** estudo descritivo, exploratório, transversal, de natureza quantitativa realizado no período de fevereiro a abril de 2013 em Fortaleza (CE) com 151 idosos que cuidam de idosos. Utilizou-se como instrumento de pesquisa o *World Health Organization Quality of Life instrument-bref (WHOQOL-bref)*. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, protocolo n. 208.923. **Resultados:** a autoavaliação da QV do idoso cuidador foi satisfatória. A média do domínio relações sociais trouxe maior contribuição para a QV. Já o domínio meio ambiente apresentou os piores valores na avaliação da QV, portanto, é o domínio que necessita de maior intervenção. **Conclusão:** o estudo mostrou o impacto das tarefas do cuidado sobre a QV de indivíduos que já são idosos e ainda exercem função de cuidadores. **Descritores:** Idoso; Cuidadores; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Objective: recognizing the self-assessment of quality of life (QOL) of older people caring for elderly from the WHOQOL-BREF tool. **Method:** a descriptive, exploratory, cross-sectional study, of quantitative nature carried out from February to April 2013 in Fortaleza (CE) with 151 older people caring for elderly. It was used as a research tool the *World Health Organization Quality of Life instrument-bref (WHOQOL-bref)*. The research project was approved by the Research Ethics Committee, Protocol. 208.923. **Results:** self-assessment of QoL of the elderly caregiver was satisfactory. The average of the domain social relationships brought greater contribution to the quality of life. Already the domain environment presented the lowest values in the evaluation of QoL; therefore, it is the area that needs further intervention. **Conclusion:** the study showed the impact of care tasks on QoL of individuals who are already old and there are still caregivers who perform the function. **Descriptors:** Elderly; Caregivers; Quality of Life.

RESUMEN

Objetivo: conocer la auto-evaluación de la calidad de vida (CV) de las personas mayores que cuidan a los ancianos del instrumento *WHOQOL-bref*. **Método:** es un estudio descriptivo, exploratorio, transversal, de naturaleza cuantitativa realizado entre febrero y abril de 2013 en Fortaleza (CE) con 151 personas mayores que cuidan de ancianos. Fue utilizada como una herramienta de investigación el *World Health Organization Quality of Life instrument-bref (WHOQOL-bref)*. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en la Investigación, Protocolo. 208.923. **Resultados:** la auto-evaluación de la calidad de vida del cuidador de ancianos fue satisfactoria. El dominio promedio relaciones sociales trajo una mayor contribución a la calidad de vida. Tener el dominio del medio ambiente tuvo los peores valores en la evaluación de la calidad de vida; por lo tanto, es el área que necesita de más intervención. **Conclusión:** el estudio mostró el impacto de las tareas de cuidado en la calidad de vida de las personas ya idosas y que todavía tienen la función de cuidadores. **Descritores:** Ancianos; Los Cuidadores; Calidad de Vida.

¹Enfermeira egressa, Universidade Federal do Ceará/UFC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: carolprocesso@yahoo.com.br; ²Enfermeira, Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará/UFC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: rochellymotta@yahoo.com.br; ³Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Pós-Doutora em Ciências Médicas, Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará/UFC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: mjosefina@terra.com.br; ⁴Enfermeira egressa, Universidade Federal do Ceará/ UFC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: larabonates@yahoo.com.br; ⁵Enfermeira egressa, Especialista em Neonatologia, Universidade de Fortaleza/UNIFOR. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: anaclaudia_1717@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida já é realidade na sociedade brasileira. No entanto, a melhoria na qualidade de vida não acompanha o aumento da longevidade. O cenário atual de pesquisas realizadas com pessoas idosas documenta a importância de se conhecer as questões que dizem respeito ao bem-estar dos idosos, mostrando que a longevidade sem qualidade não é uma vitória e, sim, motivo de preocupação.¹

O Brasil, nos últimos anos, passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem, para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típica dos países desenvolvidos, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos.² Com isso, as doenças próprias do envelhecimento passaram a ganhar maior expressão no conjunto da sociedade. Essa situação fez emergir um novo personagem no cenário da atenção aos idosos: o cuidador informal, geralmente um familiar que cuida mais proximamente, durante mais tempo e que colabora dentro de suas possibilidades com as atividades de vida em que o idoso é dependente, de uma forma não remunerada, independente de sua formação de base ou experiência de vida.³

A população de cuidadores consiste, em sua maioria, em filhos ou cônjuge, do sexo feminino, e de meia idade, que cuidam por um período de tempo prolongado e não recebem ajuda de outros familiares nas atividades de cuidado.⁴ O que se tem observado nos últimos anos é o crescente número de idosos que se apresentam como cuidadores de outros idosos, tanto no cenário nacional como internacional.⁵⁻⁶

Existe número significativo de estudos que relacionam a deterioração da saúde e adoecimento do cuidador à sobrecarga decorrente do cuidado prestado por tempo prolongado, principalmente quando o cuidador é o único responsável, não havendo divisão de tarefas.⁷⁻⁸⁻⁹ Considerando que o processo de envelhecimento traz uma redução fisiológica da capacidade funcional do indivíduo, a atuação do idoso como cuidador pode tornar-se ainda mais penosa.¹⁰

Tendo em vista que o idoso que exerce função de cuidador é algo pouco abordado na literatura, não se sabe ainda quais prováveis repercussões a tarefa de cuidar pode trazer à qualidade de vida desses idosos. Entende-se por qualidade de vida uma avaliação subjetiva, necessariamente ligada ao impacto

do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo em viver plenamente.¹¹

O interesse em se mensurar a qualidade de vida fez surgir inicialmente instrumentos gigantescos e pouco satisfatórios, até que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse, a partir do *WHOQOL-100*, uma versão abreviada que necessita de pouco tempo para o seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, o *WHOQOL-bref*. A versão abreviada é composta por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.¹¹

A literatura científica tem revelado, a partir da utilização desse instrumento, que quanto maior a sobrecarga do cuidador, menores os escores de qualidade de vida.¹² Além disso, existe uma correlação negativa entre a idade do cuidador e do idoso cuidado com o domínio físico. Cuidadores com mais de 60 anos apresentam pior percepção da qualidade de vida, principalmente no domínio aspecto físico.⁸

Conhecer como o idoso cuidador percebe sua qualidade de vida significa permitir que o próprio idoso avalie como a atividade de cuidar interfere no seu bem-estar e conseqüentemente, em sua capacidade de viver plenamente. Com esse conhecimento adquirido, estratégias de intervenções poderão ser formuladas especificamente para o idoso cuidador, de modo a reduzir os prejuízos dessa tarefa, caso existam.

Diante do exposto, este estudo objetiva conhecer a qualidade de vida de idosos que desempenham a função de cuidadores de outros idosos, a partir da utilização do instrumento *WHOQOL-bref*.

MÉTODO

Estudo descritivo, exploratório, transversal, com abordagem quantitativa, realizado na área de seis bairros localizados na periferia do município de Fortaleza/CE, Brasil, eleitos aleatoriamente, através de sorteio simples.

A população do estudo foi constituída por indivíduos idosos, cuidadores de outros idosos. A amostra, de 151 idosos, foi calculada a partir de cálculo amostral para populações finitas, considerando-se nível de significância de 95%, erro máximo de 5% e prevalência de valor proporcional de cuidadores de 22%, conforme observado em pesquisa anterior, ainda em processo de submissão.

Os critérios de inclusão na amostra foram: possuir idade igual ou superior a 60 anos; desempenhar a função de cuidador informal de outro idoso, pelo período mínimo de 60 dias; residir nos bairros sorteados para

realização do estudo e aceitar livremente participar da pesquisa, após esclarecimentos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos os idosos que apresentavam alguma deficiência cognitiva (autodeclarada).

O acesso aos integrantes da amostra deu-se através de visitas domiciliares. Uma vez que não existe o cadastramento oficial de cuidadores de idosos, sua identificação e contato inicial ocorreram por intermédio de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) dos Centros de Saúde da Família localizados nos bairros eleitos para a realização do estudo. A técnica de amostragem em bola de neve foi empregada. Nos locais que apresentavam alto risco de violência, os agentes comunitários de saúde das equipes da ESF acompanharam os responsáveis pela coleta de dados às visitas.

Os dados foram coletados no período de fevereiro a abril de 2013, utilizando-se formulário para caracterização sociodemográfica e clínica dos idosos, bem como o questionário genérico de avaliação subjetiva da qualidade de vida (QV) *World Health Organization Quality of Life instrument-bref (WHOQOL-bref)*, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS).¹¹

O *WHOQOL-bref* consiste em instrumento que adota um conceito multidimensional de QV, e é internacionalmente referenciado e empregado em pesquisas. Contém 26 itens objetivos, dos quais dois se referem à percepção pessoal da QV e satisfação com a saúde, e os demais itens estão distribuídos entre quatro domínios distintos: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. As opções de respostas aos itens são no formato escala *Likert* de cinco pontos (quanto mais próximo de cinco, melhor a classificação da qualidade de vida).¹³

Os dados coletados foram duplamente digitados e armazenados no programa *Microsoft Office Excel 2010*, bem como no *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 18.0.

Os dados referentes à caracterização sociodemográfica e clínica dos idosos e resultados percentuais para os itens individuais do *WHOQOL -bref* foram organizados com auxílio do *SPSS*, em quadros e tabelas com frequências absolutas e relativas. Para a análise estatística descritiva dos resultados do instrumento, utilizou-se ferramenta específica, proposta na literatura, compatível com o *Microsoft Office Excel 2010*.¹⁴ Tal ferramenta permitiu a realização dos cálculos dos escores do *WHOQOL -bref* de forma simples e automatizada.

Obtiveram-se as médias dos escores para cada um dos domínios do instrumento, bem como desvios padrão, coeficientes de variação e valores de escores brutos dos domínios, correspondentes à escala de zero a 100 (pontuação utilizada no *WHOQOL -100*, versão extensa, que deu origem ao *WHOQOL-bref*).¹³

O estudo seguiu as recomendações éticas para pesquisas envolvendo seres humanos, nos termos da Resolução 196/96 e complementares, do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde. O projeto de pesquisa foi previamente submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, obtendo parecer favorável, sob protocolo número 208.923.

RESULTADOS

A caracterização sociodemográfica dos idosos cuidadores, conforme exposto na Tabela 1, revelou que houve predomínio de mulheres (86%), com idade entre 60 e 69 anos (54%), casados(as) ou em união consensual (78%), alfabetizados(as) (74%), aposentados(as) (62%), com renda pessoal mensal igual ou inferior a um salário mínimo (79%).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica de idosos que desempenham a função de cuidadores de outros idosos. Fortaleza, 2013.

Característica	n	%
Sexo		
Feminino	130	86%
Masculino	21	14%
Idade		
60 a 69	81	54%
70 a 79	60	39%
80 ou mais	10	7%
Estado civil		
Casado/união consensual	117	78%
Solteiro	15	10%
Viúvo	17	11%
Divorciado/separado	02	1%
Escolaridade (anos de estudo)		
Menos de quatro anos	39	26%
Quatro a seis anos	79	52%
Sete a dez anos	24	16%
Mais de dez anos	09	6%
Ocupação		
Aposentado	93	62%
Pensionista	11	7%
Beneficiário do governo	16	11%
Trabalho informal/formal	17	11%
Apenas trabalhos domésticos	14	9%
Renda pessoal		
Um salário mínimo (SM)* ou menos	119	79%
Dois a três SM	13	9%
Quatro SM ou mais	05	3%
Sem renda	14	9%

*Um salário mínimo (SM) = 678,00.

No que tange aos aspectos relativos à oferta de cuidados, observou-se que a maioria dos idosos cuida do cônjuge (67%). Ao serem indagados sobre o tempo que cuidam, 37% afirmaram exercer o cuidado por período de um a cinco anos; 34% cuidavam há mais de dez anos. Ademais, 60% referiram receber alguma ajuda para cuidar, porém de forma eventual/temporária (28%).

Quanto às características clínicas investigadas, teve-se que a maioria dos idosos cuidadores referiu portar de uma a quatro doenças crônicas (91%). Destes, 13% apresentavam ainda diagnóstico médico de depressão. Apenas 9% negaram patologias crônicas. Dentre as doenças citadas, as mais frequentes foram: Hipertensão arterial

sistêmica, Diabetes mellitus, osteoporose e artrite reumatoide.

Investigaram-se ainda os sentimentos oriundos do exercício da função de cuidador. Verificou-se que 68% dos idosos afirmaram ter sentimentos positivos em relação à tarefa de cuidar, dentre os quais, os mais citados foram: bem-estar, felicidade, sentir-se útil e amor. Os demais idosos (32%) referiram sentimentos negativos, tais como cansaço, tristeza, raiva e estresse.

A Tabela 2 mostra os resultados por domínios obtidos à análise estatística descritiva dos resultados do *WHOQOL-brief* administrado a idosos cuidadores de idosos, para avaliação de sua QV.

Tabela 2. Média, desvio padrão, coeficiente de variação e valor correspondente à escala zero-100 para os domínios do instrumento *WHOQOL-brief* administrado a idosos cuidadores de idosos. Fortaleza, 2013.

Domínio	Média	Desvio padrão	Coeficiente de variação	de	Valor correspondente escala zero-100
Físico	13,53	2,85	21,04		59,58
Psicológico	14,52	2,34	16,11		65,73
Relações Sociais	15,69	2,70	17,20		73,07
Meio Ambiente	12,58	1,93	15,33		53,62
Percepção pessoal da QV e Satisfação com a saúde	13,54	3,82	28,21		59,60
Total	13,72	1,81	13,22		62,32

O domínio relações sociais foi o que apresentou maior média, em valores correspondentes na escala zero-100 (73,07), sugerindo que foi o domínio que mais

contribuiu para a avaliação positiva da QV (valores mais próximos de 100 indicam melhor QV). O domínio meio ambiente, por sua vez, demonstrou a menor média (53,6).

A percepção pessoal da QV e a satisfação com a saúde apresentaram maior desvio padrão dentre as demais, isso significa que, houve uma maior variação de pontuação nesses itens (28,21), tanto para mais quanto

para menos, com relação à média obtida (13,54).

Os 26 itens objetivos do Whoqol-bref, também chamados de facetas, foram analisados individualmente na escala de 0-100, como observado no gráfico1.

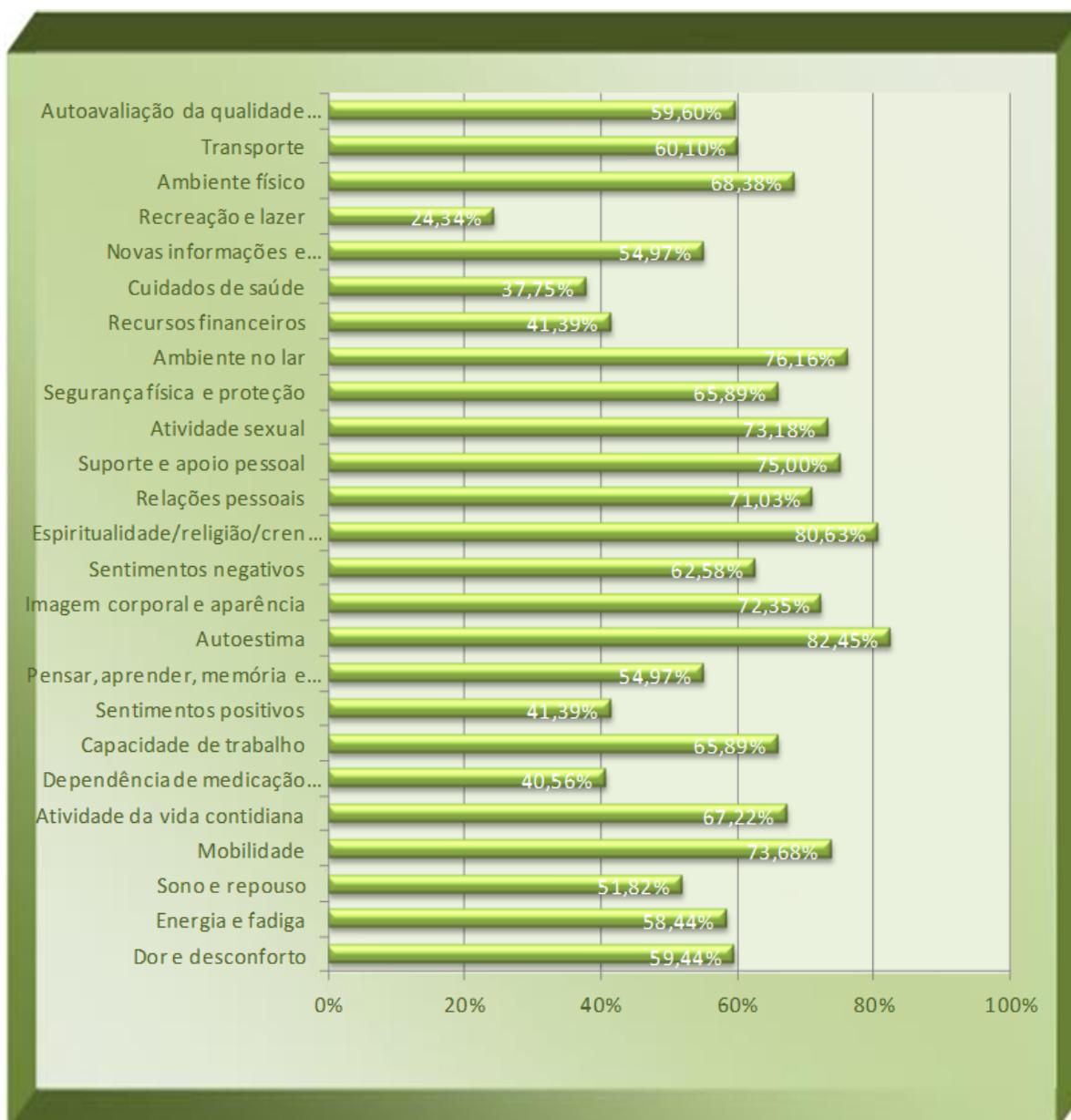


Figura1. Valores de cada faceta que constitui os domínios do WHOQOL - bref na escala de 0-100.

Os idosos apresentaram maiores escores de QV na autoestima (82,45) e espiritualidade/religião (80,43), ambas constituem o domínio Psicológico. As menores escores de QV foram: dependência de medicação/tratamentos (40,56) do domínio Físico, cuidados de saúde (37,75) do domínio Meio ambiente, e principalmente, recreação/lazer (24,34) também do domínio Meio ambiente.

A faceta cuidados de saúde foi avaliada através do seguinte questionamento: “Quão satisfeito você está com o seu acesso aos serviços de saúde?” Cinquenta e sete por cento responderam estarem insatisfeitos ou muito insatisfeitos, dentre as queixas citadas pelos idosos existiam, falta de medicamentos, falta de médicos e dificuldade na marcação de consultas.

Com relação à dependência de medicação ou tratamentos, 54% referem depender extremamente ou bastante de tratamentos para levar sua vida diária, 27% mais ou menos, e 19% nada ou muito pouco.

Avaliou-se a faceta recreação/lazer através do questionamento: “Em que medida você tem oportunidades de lazer?” (74%) responderam nada ou muito pouco, e explicam a falta de lazer pela necessidade de cuidar do outro.

A faceta sentimentos positivos, representada pelo questionamento: O quanto você aproveita a vida? Foi muito associada pelos idosos a oportunidades de lazer ou divertir-se, e por isso, assim como a faceta recreação e lazer, também apresentou média baixa com apenas 41% de satisfação. Por outro lado, a faceta sentimentos negativos cujo questionamento foi: Com que frequência você

tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade ou depressão? Apresentou média satisfatória (62,58), em que 57% informam que nunca ou algumas vezes tem esses sentimentos, 26% possuem esses sentimentos frequentemente e somente 17% possuem muito frequentemente ou sempre.

Com relação ao nível de satisfação com a vida sexual dos idosos em estudo, 70% dizem estar satisfeitos ou muito satisfeitos com suas relações sexuais, 24% nem satisfeito nem insatisfeito e apenas 6% referiram insatisfação. A aceitação da imagem corporal também apresentou elevados níveis de satisfação, 66% dos idosos dizem estar muito ou completamente satisfeitos com a sua aparência física.

Quando questionamos sobre a capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia, 71% dos idosos mostraram-se satisfeitos, 15% nem satisfeitos e nem insatisfeitos, e 15% insatisfeitos. Com isso podemos considerar que a capacidade funcional dos idosos que exercer atividade como cuidador manteve-se preservada. O mesmo foi observado ao avaliarmos a satisfação com capacidade para o trabalho, em que 66% dos idosos dizem estar satisfeitos ou muito satisfeitos.

Quanto à capacidade de se locomover, 71% referem ser boa ou muito boa, 9% nem ruim nem boa e 20% ruim ou muito ruim. Em relação ao meio de transporte, 64% referiram estar satisfeitos ou muito satisfeitos. Vale ressaltar que a maioria dos idosos utilizam o transporte público, no entanto apenas 26% demonstraram algum nível de insatisfação, dentre as queixas pode-se citar: desrespeito dos mais jovens que também utilizam o transporte público e não cedem os lugares reservados aos idosos; e desrespeito de alguns motoristas que não param os ônibus para que os idosos possam embarcar.

Ao avaliarmos a faceta Recursos financeiros, perguntamos ao idoso se o dinheiro que ele possui é suficiente para atender as suas necessidades, 54% responderam nada ou muito pouco, 30% médio e 16% responderam muito ou completamente. Essa informação está relacionada ao baixo valor atribuído ao salário mínimo no Brasil, e como já vimos os idosos em estudo, de modo geral, são aposentados e recebem um único salário mínimo.

Com relação à capacidade de concentração, 41% referem boa, 33% nem ruim nem boa, e 26% muito pouca. A capacidade para concentrar-se é avaliada no domínio Psicológico, que de modo geral, apresentou um bom nível de satisfação (65,7%).

No que se refere à satisfação com o sono, a maioria (45%) referem insatisfação, 11% referem-se nem satisfeitos nem insatisfeitos, 19% satisfeitos e 25% muito satisfeitos. Acredita-se que a insatisfação com o sono possa estar relacionada à dependência de medicações, ou ainda, com as preocupações das tarefas de cuidar.

Ao avaliarmos a dor física, perguntamos ao idoso em que medida essa dor o impede de realizar suas atividades diárias, 50% os idosos responderam nada ou muito pouco, 15% mais ou menos, e 35% responderam bastante ou extremamente.

DISCUSSÃO

A maioria dos cuidadores é do sexo feminino, e isso já é algo confirmado em vários estudos.^{8-9,15} No presente estudo considerou-se apenas o cuidador que também é idoso, e mais uma vez a população feminina predomina.

Quanto à idade, verificou-se, a prevalência de idosos mais jovens, na faixa etária entre 60 a 69 anos (54%). Considerando que o aumento da idade traz consigo um aumento das limitações e da capacidade funcional do cuidador⁸, é de se esperar que idosos mais longevos, tenham maior dificuldade em exercer essa função, e que, portanto, o número de cuidadores nessa faixa etária seja naturalmente menor.¹⁶

Sobre a escolaridade dos idosos cuidadores, teve-se que a maioria possuía de quatro a seis anos de estudo, indicando que concluíram, em média, a 3ª ou 4ª série do ensino fundamental, adquirindo assim capacidade de ler, escrever e realizar cálculos simples. Desta forma, pode-se considerar que apresentaram nível educacional satisfatório. A relação da escolaridade com as atividades de cuidar também são abordadas na literatura científica, quanto melhor o nível de escolaridade melhor o desempenho nas tarefas de cuidar.⁹

Em estudo desenvolvido no município de São Paulo foi realizado uma análise de variância das médias dos domínios do SF-36 por número de morbidades. Os dados demonstram que o aumento do número de doenças crônicas impacta vários domínios da qualidade de vida e ainda destaca o maior comprometimento de qualidade de vida quando relacionado a limitações por aspectos físicos.¹⁷ No presente estudo observou-se um elevado percentual de morbidade entre os idosos (91%), principalmente devido a Hipertensão arterial sistêmica.

De modo geral avaliação da qualidade de vida ou avaliação global de qualidade de vida

do idoso cuidador foi satisfatória (59,6). Resultados semelhantes foram obtidos em estudo entre idosos do município de Uberaba-MG, o qual evidenciou a diferença de satisfação com a QV entre os idosos do meio urbano (67,3%) e rural (60,5%).¹⁸

Na avaliação global da QV dois questionamentos foram utilizados: Como você avalia sua qualidade de vida? E o quanto você está satisfeito com a sua saúde? O grau de satisfação com a qualidade de vida foi de 59% e o de satisfação com a saúde foi de 52%. Com isso, observamos que a saúde é algo fundamental segundo a percepção do idoso na avaliação da qualidade de vida, porém mesmo insatisfeitos com a saúde, alguns idosos, ainda consideram como boa ou muito boa sua qualidade de vida.

Os dados obtidos em estudo realizado em Porto Alegre sugerem que ao definirem qualidade de vida, os idosos trazem, com frequência, aspectos relacionados à saúde, mas demonstram também que, saúde não é entendida por eles apenas como ausência de doença e que há mais na qualidade de vida do que saúde. Ter saúde demarca a importância de distanciarmos a noção de qualidade de vida do reducionismo biológico, pois, para o idoso, ter uma doença controlada ou tomar remédios não o faz perceber-se como um ser doente.¹⁹

Ainda neste mesmo estudo, foi verificado que para ter QV, além de saúde, os idosos necessitam de sentimentos positivos, como ter alegria e viver em paz; convívio familiar e social; velhice mais tranquila em relação às condições financeiras; lazer; ter o que comer e ter uma alimentação saudável.¹⁹

O maior escore de QV no domínio relações sociais corrobora com outros estudos de avaliação de qualidade de vida na velhice.^{18,20} A média encontrada foi de 73,07% indicando que os idosos estudados estão “satisfeitos” ou “muito satisfeitos” com suas relações pessoais, com a vida sexual e com o apoio recebido dos amigos. A faceta atividade sexual contribuiu com 73,18 % da média dos escores na qualidade de vida. Supõe-se que tal resultado esteja relacionado com o fato de que a maioria dos idosos cuidam de seus cônjuges e ainda mantêm relacionamento sexual, expresso de diversas formas, não somente com o ato sexual propriamente dito.

As redes sociais são formadas por amigos, parentes e vizinhos, grupos religiosos, associações sindicais, associações de moradores e clubes recreativos, os quais possibilitam que os grupos de pessoas estabeleçam as relações de solidariedade e confiança, que caracterizam o capital social. Para muitas pessoas, em especial as idosas, as

redes constituem o único recurso disponível para aliviar as cargas da vida cotidiana e aquelas que provêm da enfermidade.²¹ Como estamos tratando de idosos que cuidam de idosos as cargas e preocupações são ainda maiores, e por isso necessitam de uma atenção social mais intensa.

Em revisão integrativa, compreendendo as bases de dados Lilacs e Scielo, quanto às publicações do ano de 2010, 50% das pesquisas ressaltam a “*Convivência e interação social*” como fatores de grande importância para a vida e os melhores níveis de satisfação dos idosos.²² Isso porque, a interação social protege o indivíduo idoso da perda funcional, principalmente, com as atividades de trabalho e lazer que devem ser valorizadas ao longo da vida, especialmente, na idade mais avançada, assim como, o relacionamento com os amigos e uma atenção especial para a manutenção de um estilo de vida saudável.²²

Um estudo realizado com 480 idosos cadastrados no Programa de Atendimento ao Idoso em Recife/PE aponta que parcela pouco representativa de idosos participam de grupos de cultura e lazer e/ou grupos de esporte e atividade física. Destaca ainda, que nem todos os idosos têm a oportunidade e/ou o conhecimento da existência dos grupos específicos de atividade física e lazer.²³

Ao avaliar o aspecto emocional do cuidador, um estudo desenvolvido na cidade de São Paulo, observou que a média desse domínio variou de acordo com o vínculo do cuidador com o idoso. Cônjuges apresentaram as piores pontuações enquanto os filhos apresentaram as melhores.⁸ Diferentemente do presente estudo, em que a maioria dos cuidadores são cônjuges, e, no entanto, o aspecto emocional avaliado pelo domínio psicológico apresentou média elevada e superior ao domínio físico.

Com relação ao domínio físico, neste mesmo estudo, verifica-se que os cuidadores com mais de 60 anos apresentaram menor pontuação no domínio físico quando comparado a cuidadores mais jovens. Cuidadores idosos apresentam perdas funcionais que repercutem numa diminuição de suas potencialidades globais, o que pode explicar a relação existente entre a redução da capacidade funcional e a faixa etária superior a 60 anos.⁸

Por outro lado, ao compararmos os resultados que obtivemos no domínio físico com outros estudos que avaliam qualidade de vida na velhice¹⁷⁻⁸ verificamos que as médias do domínio físico de um idoso que exerce função de cuidador são superiores a de idosos que não exercem essa função. Assim

concluímos que os idosos que são cuidadores possuem melhor desempenho físico são mais dispostos e mais fortes e por isso são capazes de cuidar de outro idoso mais dependente.

Em estudo realizado em Porto Alegre, verificou-se que, quanto melhor a qualidade de vida dos idosos no domínio Físico, melhor é o seu desempenho em tarefas de funções executivas, de atenção, linguagem e funcionamento cognitivo.²⁴ Uma possível explicação para esse resultado poderia estar no fato de que, quanto melhor a saúde física e a capacidade do idoso de locomoção e desempenho para atividades de vida diária, melhor o seu desempenho em tarefas cognitivas. Provavelmente, o melhor estado físico influencia na autonomia e na capacidade de autocuidado, levando o idoso a se sentir mais seguro para viver de forma independente e, conseqüentemente, esse tipo de envelhecimento ativo resulta em melhor funcionamento cognitivo.

Segundo estudo realizado com idosos portadores de diabetes tipo II, ter qualidade de vida é viver com autonomia.²⁵ Os idosos valorizam a possibilidade de ter em mãos o controle de suas próprias decisões e vontades e que este fato contribui para um viver com mais qualidade. A preservação da autonomia física e cognitiva, para o idoso, o poder de ir e vir, de tomar decisões, garantem-lhe um envelhecimento bem-sucedido, garantem-lhe uma postura ativa perante a vida e a sociedade.²⁵

Em relação ao domínio ambiental, a média encontrada foi de 53,62 configurando-se como a média mais baixa dos quatro domínios e, portanto o de menor contribuição para os escores de qualidade de vida.¹⁸ Supõe-se que tal resultado esteja relacionado às precárias oportunidades de lazer na comunidade e também às dificuldades encontradas pelos idosos de buscarem oportunidades de entretenimento por estarem ocupados com as tarefas de cuidar.

No que se refere ao serviço de saúde, foi notória a insatisfação da população idosa em estudo (57%). O sistema de saúde constitui um poderoso determinante intermediário na cadeia da produção social da saúde, especialmente pelo acesso universal, que permite tratar diretamente as diferenças de exposição e vulnerabilidades, evitando que os indivíduos, especialmente os idosos com doenças crônicas, sejam forçados à pobreza pelos altos custos dos cuidados de saúde.²¹

Muitos avanços foram obtidos com programas como o Piso de Assistência Básica, o Programa Nacional de Imunização, o Programa de Alimentação e Segurança

Nutricional e a Estratégia Saúde da Família. Contudo, as desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde ainda persistem.²¹ Vale salientar que os idosos que exercem atividade de cuidador, muitas vezes, esquecem-se da própria saúde para cuidar do outro, e não existe nenhum programa na saúde pública que atenda às necessidades do cuidador.

O envelhecimento com QV depende do equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do idoso. A probabilidade de envelhecer com boa QV aumenta em razão da adequada atuação dos serviços de saúde. Nesse processo de preparação e adaptação da sociedade a essa realidade demográfica, deve-se incluir a capacitação dos profissionais que terão a função de cuidar da saúde dos idosos, pois, atualmente, há uma carência significativa de profissionais com essa habilitação.²⁶

Os profissionais da área de saúde devem participar efetivamente na condução de uma melhor qualidade de vida para estas pessoas, atuando como agentes educadores, intervindo através de orientações quanto à prevenção de enfermidades, encaminhamento aos serviços de saúde, estímulo à prática de atividades físicas e alimentação adequada. Estas intervenções permitem que a população caminhe no processo de envelhecimento com mais saúde e bem-estar.

CONCLUSÃO

O estudo mostrou o impacto das tarefas do cuidado sobre a QV de indivíduos que já são idosos e ainda exercem função de cuidadores. Foi possível também avaliar detalhadamente as facetas de maior e de menor influência sobre as médias obtidas em cada domínio que constitui o *WHOQOL - bref*.

A auto-avaliação da QV do idoso cuidador foi satisfatória. Isso significa dizer que os idosos que cuidam de outros idosos estão satisfeitos com a vida que levam e com a sua saúde que possuem. No entanto, a satisfação com a vida esteve presente mesmo entre os idosos que possuem entre 1 a 4 doenças crônicas ou demonstraram alguma insatisfação com a saúde. Portanto, segundo a percepção do idoso, ter saúde não significa dizer que se tem QV e na qualidade de vida há muito mais do que saúde. Um idoso, mesmo doente, pode sim ter QV, dependendo do modo em que ele controla e enfrenta a sua doença.

A média do domínio relações sociais trouxe maior contribuição para a QV, com isso conclui-se que é fundamental, segundo o idoso cuidador, a participação social, o apoio da família, amigos e vizinhos e manter

relações sexuais ativas, mesmo quando não há o ato sexual propriamente dito, para que se tenha satisfação com a qualidade de vida.

O domínio físico apresentou valores superiores em idosos que são cuidadores quando comparados a idosos que não exercem essa função. Isso porque, o idoso cuidador possui melhor desempenho e força física do que os demais idosos, e por isso são capazes de exercer tal função. Idosos menos dependentes, cuidam de idosos mais dependentes.

O domínio meio ambiente apresentou-se com os menores valores na avaliação da QV, portanto, é o domínio que necessita de maior intervenção, tanto no que diz respeito à falta de lazer, quanto à insatisfação com os serviços de saúde.

Deseja-se com esse estudo encorajar os estudiosos na área de gerontologia a se interessarem pela temática assim como promover medidas de atenção a essa população na estratégia Saúde da família. Os cuidadores, de modo geral, são sobrecarregados e não cuidam devidamente da própria saúde.

Quando o idoso é o cuidador, considerando o processo de envelhecimento, as dificuldades nas tarefas de cuidar só aumentam. A sobrecarga dessa função é somada as limitações do envelhecimento, tornando essa função ainda mais penosa.

Sabe-se ainda que não existe nenhum programa voltado ao bem-estar e saúde do cuidador. A atenção dos serviços de saúde concentra-se, apenas, no indivíduo que é cuidado. O profissional enfermeiro é um dos membros da equipe de saúde da família cuja função concentra-se principalmente nas atividades de educação em saúde. Através dessas atividades educativas, acredita-se que os enfermeiros poderiam contribuir de forma mais efetiva para que os idosos que são cuidadores realizem suas tarefas de cuidar com melhor qualidade e menores prejuízos a sua própria saúde.

REFERÊNCIAS

1. Carneiro RS. Qualidade de vida e bem-estar subjetivo na terceira idade. Rev Polêmica [Internet]. 2011 Oct-Dec [cited 2013 Mar 06];10(4):624-30. Available from: <http://www.polemica.uerj.br/ojs/index.php/polemica/article/viewFile/137/270>
2. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Pública [Internet]. 2009 May-June [cited 2013 Mar 06];43(3):548-54. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/2009nahead/224.pdf>
3. Rocha BMP, Pacheco JEP. Idoso em situação de dependência: estresse e *coping* do cuidador informal. Acta paul Enferm [Internet]. 2013 [cited 2013 Mar 06];26(1):50-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artt_ext&pid=S0103-21002013000100009
4. Uesugui HM, Fagundes DS, Pinho DLM. Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores. Acta paul. Enferm [Internet]. 2011 [cited 2013 Mar 06];24(5):689-94. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artt_ext&pid=S0103
5. Carvalho MCG. A experiência do cuidar: O (des)amparo do cuidador familiar [dissertation] [Internet]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (Puc-SP) [Internet]. 2010 [cited 2013 Mar 06]. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=606955&indexSearch=ID>
6. Mcghan G; Loeb SJ; Baney B; Penrod J. End-of-life caregiving: challenges faced by older adult women. J Gerontol Nurs [Internet]. 2013 June [cited 2013 Mar 06];39(6):45-54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23641930>
7. De Araújo LAS, De Araújo CZS, Souto AKBA, Oliveira MD. Cuidador principal de paciente oncológico fora de possibilidade de cura, repercussões deste encargo. Rev Bras Enferm [Internet]. 2009 [cited 2013 Mar 06];62(1):32-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/05.pdf>
8. Ferreira CG, Alexandre T da S, Lemos ND. Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores de idosos em assistência domiciliar. Saúde soc [Internet]. 2011 Apr-June [cited 2013 Mar 06];20(2):398-409. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artt_ext&pid=S0104-12902011000200012
9. Oliveira DC, D'elboux MJ. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos :revisão integrativa. Rev. bras enferm [Internet]. 2012 Sept-Oct [cited 2013 Mar 06];65(5):829-38. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artt_ext&pid=S0034-71672012000500017
10. Nardi T, Rigo JC, Brito M de, Santos ELM dos, Bós AJG. Sobrecarga e percepção de qualidade de vida em cuidadores de idosos do Núcleo de Atendimento à Terceira Idade do Exército (Natiex). Rev bras geriatr Gerontol [Internet]. 2011 [cited 2013 Mar 06];14(3):511-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artt_ext&pid=S1809-98232011000300011&lng=pt
11. The Whoqol Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life Assesment 1998. Psychol Med [Internet]. 1998 [cited 2013 Mar 06];28:551-8.

- Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9626712>
12. Moreira PHB, Mafra SCT, Pereira ET, Silva VE da. Qualidade de vida de cuidadores de idosos vinculados ao Programa Saúde da Família - Teixeira, MG. Rev bras geriatr Gerontol [Internet]. 2011 [cited 2013 Mar 06];14(3):433-40. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232011000300004&script=sci_arttext
13. The Whoqol Group. WHOQOL-bref: introduction, administration, scoring and generic version of assessment. Geneva: World Health Organization [Internet]. 1996 [cited 2013 Mar 06]. Available from:
http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf
14. Pedroso B, Pilatti LA, Gutierrez GL, Picinin CL. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. Brasileira de Qualidade de Vida [Internet]. 2010 Jan-June [cited 2013 Mar 06];2(1):31-6. Available from:
<http://revistas.utfpr.edu.br/pg/index.php/rbqv/article/view/687>
15. Bittar AM. Qualidade de vida de cuidadores de idosos [dissertation on the Internet] Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí [cited 2013 Aug 02]; 2009. Available from:
<http://siaibib01.univali.br/pdf/Ana%20Maria%20Bittar.pdf>
16. Faller JW, Melo WA, Versa GLGS, Marcon SS. Qualidade de vida de idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Foz do Iguaçu-PR. Esc Anna Nery [Internet]. 2010 Oct-Dec [cited 2013 Mar 06];14(4):803-10. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a21.pdf>
17. Campolina AG, Dini PS, Ciconelli RM. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). Ciênc Saúde coletiva [Internet]. 2011 June [cited 2013 Mar 06];16(6): 2919-25. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/29.pdf>
18. Marchiori GF, Dias FA, Tavares DMS. Qualidade de vida entre idosos com e sem companheiro. Rev enferm [Internet]. 2013 Apr [cited 2013 Mar 06];7(4):1098-106. Available from:
<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4053/5906>
19. Paskulin LMG, Córdova FPC, Costa FM da, Vianna LAC. Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. Acta paul. enferm [Internet]. 2010 [cited 2013 Mar 06]; 23(1):101-7. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002010000100016&script=sci_arttext
20. Braga MCP, Casella MA, Campos MLN, Paiva SP. Qualidade de vida medida pelo Whoqol-bref: estudo com idosos residentes em Juiz de fora/MG. Rev APS [Internet]. 2011 Jan-Mar [cited 2013 Mar 06];14(1):93-100. Available from:
<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewPDFInterstitial/965/450>
21. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. Ciênc. Saúde coletiva [Internet]. 2012 Jan [cited 2013 Mar 06];17(1):123-33. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a15v17n1.pdf>
22. Cabral RWL, Santos SR, Menezes KDNB, Albuquerque AV, Medeiros AL. Fatores sociais e melhoria da qualidade de vida dos idosos: revisão sistemática. Rev enferm [Internet]. 2013 May [cited 2013 Mar 06];7(5):1434-42. Available from:
<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3952/6135>
23. Freitas CMSM de, Moura PV de, Silva EAPC da, Cartaxo HGO, Silva PPC da, Caminha IO, et al. Identidade do idoso: representações no discurso do corpo que envelhece. Estud interdiscipl Envelhec [Internet]. 2012 [cited 2013 Mar 06];17(1):19-35. Available from:
<http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/20778>
24. Beckert M, Irigaray YTQ, Trentini CM. Qualidade de vida, cognição e desempenho nas funções executivas de idosos. Estud Psicol [Internet]. 2012 Apr-June [cited 2013 Mar 06]; 29(2):155-62. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2012000200001&script=sci_arttext
25. Ribeiro JP, Rocha SA, Popim RC. Compreendendo o significado de qualidade de vida segundo idosos portadores de diabetes mellitus tipo II. Esc Anna Nery [Internet]. 2010 Oct-Dec [cited 2013 Mar 06];14(4):765-71. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000400016
26. Cunha LL, Mayrink WC. Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. Rev. Dor [Internet]. 2011 Apr-June [cited 2013 Mar 06];12(2):120-4. Available from:
<http://www.sigaa.ufrn.br/sigaa/verProducao?idProducao=1343597&key=2f084097126e99103581165001bb2861>

Submissão: 06/09/2013

Aceito: 25/12/2014

Publicado: 01/02/2015

Correspondência

Ana Carolina de Oliveira Rocha
 Universidade Federal do Ceará
 Departamento de Enfermagem
 Av. Sabino Batista, 210, n° 18
 Monte Castelo
 CEP 60326-170 – Fortaleza (CE), Brasil