

# **AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES DE INDIVÍDUOS COM DIAGNÓSTICO DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**

## *EVALUATION OF QUALITY OF LIFE IN CAREGIVERS OF INDIVIDUALS WITH SEQUALAE OF STROK*

**RIBEIRO**, Jaqueline Gonçalves<sup>1</sup>; **PEREIRA**, Laís Cristina<sup>2</sup>; **CAMINHA**, Marina Alves<sup>3</sup>.

1. Graduanda do 8º período de Fisioterapia da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife, Pernambuco, jjribeirofisio@gmail.com

2. Graduanda do 8º período de Fisioterapia da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife, Pernambuco, laiscpereira.fisio@gmail.com

3. Fisioterapeuta. Tutora do curso de graduação de fisioterapia da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife, Pernambuco, Mestre em Educação para o Ensino na Área de Saúde, macaminha.78@gmail.com

**Endereço para correspondência:** Rua dos Coelho, 400 – Boa Vista – Centro de Reabilitação Professor Ruy Neves Baptista –IMIP.

### **RESUMO**

**Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida dos cuidadores de pacientes afetados por acidente vascular encefálico (AVE), através do questionário de qualidade de vida WHOQOL BREF. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal descritivo de abordagem quantitativa, realizado no Centro de Reabilitação e Medicina Física Professor Ruy Neves Baptista do Instituto de Medicina Integral de Pernambuco Prof. Fernando Figueira (CRIMIP, no período de Fevereiro à Abril de 2017. Participaram da pesquisa cuidadores de indivíduos com AVE, podendo este ser familiar ou responsável, de ambos os sexos, com idade entre 18 e 70 anos, que concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Não participaram da pesquisa cuidadores informais que apresentavam alguma deficiência, e que realizasse cuidado a mais de um indivíduo. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário sociodemográfico e pelo WHOQOL BREF. **Resultados:** No Perfil sociodemográfico, identificou 40 cuidadores, 87,5% do gênero feminino, idade média de 44,9 anos e 67,5% casados, a maioria esposa (47,1%), seguido por filhas (27,7%). Com relação à escolaridade, 47,5% ensino médio completo. Referente ao ato de cuidar, 67,5% alegaram não ter sido cuidador, e o tempo médio de cuidador 34,7 meses. Com relação às doenças associadas, 37,5% referiram HAS, após atividade como cuidador, 82,5% relataram estresse, 45,0% dores articulares e 37,5% de depressão. O tempo médio referente ao início das queixas foi de 26,8 meses. Quanto a queixas de dor e sua localização, 60% dos cuidadores apresentaram dor nos MMSS, 65% afirmaram sentir dor em MMII e 75% dos cuidadores relataram dor na coluna. No que diz respeito aos 4 domínios do WHOQOL BREF, apresentaram os maiores escores o Físico ( $\pm 53,9$ ) e o Psicológico ( $\pm 55,4$ ), enquanto as Relações Sociais ( $\pm 51,9$ ) e Ambiente ( $\pm 45,3$ ) apresentaram os menores escores. Quanto ao estresse e a depressão notou-se que afetam significativamente os domínios psicológico ( $p=0,010$  e

p=0,005) e social (p=0,005/0,015); A presença de dores articulares impactou significativamente os domínios físico (p=0,031) e ambiental (0,025); a variável dor em MMSS impactou significativamente a qualidade de vida em todos os domínios; referente a dor em MMII e dor na coluna os resultados não afetaram a qualidade de vida de maneira significativa. **Conclusão:** Os resultados evidenciaram repercussões físicas, influenciando diretamente na qualidade de vida dos cuidadores informais, o que reflete a necessidade de melhoria na assistência aos cuidadores, em uma proposta de intervenção multidisciplinar.

**Palavras-chave:** AVE, Qualidade de vida, Cuidador Informal.

## ABSTRACT

**Objective:** Measure the quality of life of the informal caregivers of patients who were affected by cerebrovascular accident, through the WHOQOL BREF quality of life questionnaire. **Materials and Methods:** Cross-sectional descriptive study of quantitative approach, performed at the Center for Rehabilitation and Physical Medicine Professor Ruy Neves Baptista, located in the Institute of Integral Medicine of Pernambuco Prof. Fernando Figueira, elaborated from february to april of 2017. Participants were: informal caregivers of individuals with AVE, who may be familiar or responsible, of both sexes, between the ages of 18 and 60, who agreed to the Informed Consent Form (ICF). They did not participate in the research: informal caregivers who had a disability, and who cared for more than one individual. The data collection was performed through a questionnaire that addressed socio-demographic aspects and the WHOQOL BREF, which is directly related to the caregivers quality of life. **Results:** In the sociodemographic profile, identified 40 caregivers, 87.5% female, mean age 44.9 years and 67.5% married, the largest wife (47.1%), followed by daughters (27.7%). With regard to schooling, 47.5% completed high school. Reference to the act of caring, 67.5% claimed not to have been a caregiver, and the average caregiver time was 34.7 months. Associated diseases, 37.5% reported SAH, after activity as caregiver, 82.5% reported stress, 45.0% tendinitis and 37.5% depression. The mean time to start complaints was 26.8 months. Regarding pain complaints and their localization, 60% of the caregivers presented pain in the MMSS, 65% reported feeling pain in MMII. 75% of caregivers reported column spinal pain. Regarding the 4 domains of the WHOQOL BREF, they presented the highest scores of the Physicist ( $\pm 53.9$ ) and Psychological ( $\pm 55.4$ ), as Social Relationships ( $\pm 51.9$ ) and Environment ( $\pm 45.3$ ) presented the lowest scores. (P = 0.010 / 0.005) and social (p = 0.005 / 0.015) respectively; In the tendinitis group, the physical (p = 0.031) and environmental (0.025) domains were impacted; (P = 0.001), the Psychological (p = 0.004), the Social (p = 0.007) and the Environment (p = 0.015); Concerning pain in LLL and pain in the spine data were not significant. **Conclusion:** Results evidenced physical repercussions, directly influencing the quality of life of informal caregivers, which reflects the need to improve care for caregivers in a multidisciplinary intervention proposal.

**Keywords:** AVE, Quality of life, Informal Caregiver.

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o Acidente Vascular Encefálico (AVE) como um “comprometimento neurológico focal ou global, de ocorrência súbita e duração de mais de 24 horas, de provável origem vascular”. Decorrente de uma insuficiência no fluxo sanguíneo em determinada área do encéfalo, cuja origem se dá por uma obstrução ou ruptura de vasos sanguíneos, pode ser classificado como Acidente Vascular Encefálico Isquêmico (AVEI) ou Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico (AVEH), respectivamente.<sup>1,2</sup>

Anualmente são detectados cerca de 16 milhões de novos casos de AVE no mundo, sendo a maior incidência na população acima de 65 anos. Dados apontam para o fato de que cerca de 40% dos casos de AVE evoluem com incapacidades permanentes, tais como hemiplegia, hemiparesia, incapacidade ou dificuldade para deambulação, dependência para a realização das Atividades de Vida Diária (AVD's), afasia, disfagia, déficit cognitivo, alterações visuais, emocionais e comportamentais.<sup>3-6</sup>

No que se refere ao AVE, devido às sequelas resultantes da lesão, na maioria dos casos faz-se necessária a presença de um cuidador, o qual se torna indispensável para a manutenção da rotina dos indivíduos acometidos. A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) considera como cuidador o indivíduo que presta cuidados, o qual pode ou não ter vínculo familiar, e pode ser classificado como formal e informal. O cuidador formal (CF) é a pessoa que recebe treinamento específico para a função e mantém vínculos profissionais para exercer a atividade de cuidar, mediante recebimento de uma remuneração financeira. Enquanto que o cuidador informal (CI) é a pessoa que, por manter relação familiar, de amizade ou vizinhança, assume ou se encarrega dos cuidados do indivíduo doente.<sup>7-9</sup>

As tarefas destinadas ao cuidador dependerão do nível de dependência do paciente, e estão relacionadas às atividades de higiene, controle de medicação, troca de roupas e fraldas, prevenção de úlcera por pressão, preparo de alimentos, acompanhamento às consultas médicas, dentre outros.<sup>7,10,11</sup>

Segundo Caldas (2003), estes cuidados podem produzir sobrecarga na saúde físico-emocional dos cuidadores, bem como em suas relações sociais e familiares, lazer, rotina doméstica, vida laboral e financeira.<sup>12</sup> Sequeira (2006) descreve que os cuidadores podem manifestar sintomas como dores musculares, cansaço, estresse, depressão e distúrbios do sono.<sup>13</sup> Neste sentido, estudos relatam que a qualidade de vida de cuidadores tem sido prejudicada em função das atividades aos quais estão submetidos.<sup>12,13</sup>

Apesar de o conceito de Qualidade de Vida (QV) ser multidimensional e implicar variáveis subjetivas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define-a como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.<sup>14,16</sup>

De acordo com Ballarin et al. (2016), o cuidador é considerado um recurso a serviço da pessoa adoecida, mas que não tem recebido a devida atenção por parte dos profissionais de saúde<sup>17</sup>. Para este autor, faz-se necessário enfatizar a importância de seu papel, considerando-o como uma pessoa que pode estar necessitando de auxílio e apoio para o desempenho de sua função de cuidar e, portanto, merecedor de atenção e cuidado.

Diante do exposto o presente estudo tem como objetivo avaliar a QV dos cuidadores de pacientes com diagnóstico de AVE, a partir de suas próprias percepções sobre o assunto, com a finalidade de compreender os principais acometimentos que

comprometem a QV desses indivíduos. Entende-se que os resultados obtidos neste estudo poderão contribuir para a elaboração de um programa de prevenção com treinamento e tratamento fisioterapêutico que atendam às necessidades de saúde dos cuidadores, no intuito de promover a melhora na QV e minimizar o surgimento de patologias osteomioarticulares.

## MÉTODO

O presente estudo se caracteriza como transversal descritivo, de abordagem quantitativa. Foi realizado em um Centro de Reabilitação da cidade do Recife-PE, no período de Fevereiro a Abril de 2017.

A amostra foi constituída por 40 cuidadores, de ambos os sexos, com idade entre 18 e 70 anos, devendo este ser o cuidador principal, e que no momento da pesquisa não prestava cuidados a mais de um indivíduo. Foram excluídos os cuidadores que acompanhavam os pacientes ao tratamento no Centro de Reabilitação, mas que não se consideravam cuidador principal dos mesmos.

Como instrumentos de coleta de dados foram aplicados dois instrumentos: inicialmente o cuidador foi convidado a preencher uma ficha sociodemográfica elaborada pelas próprias pesquisadoras, com a finalidade de caracterizar a amostra, a qual continha informações referentes ao sexo, idade, grau de escolaridade, grau de parentesco, tempo de atividade como cuidador, queixas associadas à atividade de cuidador, entre outras; em seguida, foi aplicado o questionário WHOQOL-bref, um instrumento validado no Brasil para mensurar a QV.

O questionário WHOQOL-bref possui 26 questões fechadas, das quais 2 estão relacionadas à QV geral e as demais estão distribuídas em 4 domínios. Os domínios são classificados como Físico (dor e desconforto, energia, fadiga, sono e repouso, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, mobilidade, capacidade de trabalho); Psicológico (sentimentos negativos, autoestima, imagem corporal e aparência); Relações sociais (relações pessoais, vida sexual e apoio social); Meio ambiente (segurança física e proteção, ambiente doméstico, recursos financeiros, serviços de saúde e sociais, participação e oportunidades de recreação/lazer, ambiente

físico e transporte). As questões seguem uma escala do tipo Likert, de um de cinco pontos, de modo que quanto maior a pontuação melhor a QV.<sup>18</sup>

Os dados provenientes dos questionários foram digitalizados, tabulados em um banco específico e analisados estatisticamente através do Softwares SPSS 13.0 (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows e o Excel 2010. Foi utilizado o Teste de Normalidade de Kolmogorov-Smirnov para variáveis quantitativas e o Teste T Student (Distribuição Normal) para a comparação com dois grupos. Todos os testes foram aplicados com 95% de intervalo de confiança. Os resultados estão apresentados em forma de tabela com suas respectivas frequências absoluta e relativa. As variáveis numéricas estão representadas pelas medidas de tendência central e medidas de dispersão.

Esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com as normas vigentes expressas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde, número de CAAE: 65744617.2.0000.5569. Os participantes do estudo foram esclarecidos quanto à investigação e convidados como voluntários a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As informações obtidas foram analisadas sem divulgação ou identificação dos entrevistados, e serão utilizadas somente para este estudo.

## **RESULTADOS**

### **Perfil sociodemográfico**

O presente estudo identificou 40 cuidadores informais, 87,5% eram do gênero feminino, com idade média de 44,9 anos ( $\pm 13,5$ ) e 67,5% casados. Quanto ao grau de parentesco verificou-se que a maioria era esposa (47,1%), seguido por filhas (27,7%). Com relação à escolaridade, 47,5% possuía o ensino médio completo. Referente ao ato de cuidar, 67,5% alegaram não ter sido cuidador anteriormente, e o tempo médio como cuidador foi de 34,7 meses ( $\pm 34,5$ ).

Em relação às doenças associadas, 37,5% referiram ter HAS. Observou-se que quanto às queixas associadas após o início da atividade como cuidador, 82,5% relataram a presença de estresse, 45,0% de dor em punho e 37,5% de depressão. O tempo médio referente ao início dessas queixas foi de 26,8 meses ( $\pm 24,4$ ). As informações referentes ao perfil sociodemográfico estão apresentados nas tabelas 1 e 3.

### **Principais queixas**

No que se refere às queixas de dor e sua localização, o estudo constatou que 60% dos cuidadores apresentaram dor nos MMSS, principalmente nas mãos (37,5%) e ombros (27,5%), enquanto 65% afirmaram sentir dor em MMII, sendo os pés e os joelhos os locais de maiores queixas (50% e 37,5% respectivamente). Identificou-se que 75% dos cuidadores relataram sentir dor na coluna, sendo a região lombar a de maior queixa (55%), seguido da cervical (30%). Os dados referentes às queixas de dor e sua localização estão descritas na tabela 2.



### **Domínios do WHOQOL-BREF**

Quando questionados quanto à avaliação de sua QV, 40% dos cuidadores consideram boa. Quanto à satisfação com sua saúde 37,5% referem sentir insatisfeito e muito insatisfeito. (Tabela 3)

No que diz respeito aos 4 domínios do WHOQOL BREF, a pesquisa observou que os domínios que apresentaram os maiores escores foram o Físico ( $\pm 53,9$ ) e o Psicológico ( $\pm 55,4$ ), enquanto que as Relações Sociais ( $\pm 51,9$ ) e Ambiente ( $\pm 45,3$ ) apresentaram os menores escores. (Tabela 4)

### **Relação entre os Domínios do WHOQOL-bref com variáveis associadas ao cuidado.**

Referente às variáveis Estresse e a Depressão notou-se que os domínios que afetaram significativamente na QV foram o Psicológico ( $p = 0,010/0,005$ ) e Social ( $p = 0,005/0,015$ ) respectivamente; quanto ao grupo dor em punho observou-se que domínios físico ( $p = 0,031$ ) e ambiental ( $0,025$ ) interferem na QV; em relação a dor em MMSS foi evidenciado que todos os domínios tiveram escores significativamente relevantes, o Físico ( $p = 0,001$ ), o Psicológico ( $p = 0,004$ ), o Social ( $p = 0,007$ ) e o Ambiente ( $p = 0,015$ ); tendo em consideração o grupo com dor em MMII e dor na coluna vale ressaltar que houve alterações numéricas, mas não estatisticamente significativas; No que diz respeito a variável Gênero destaca-se o domínio físico ( $p = 0,001$ ) como o mais acometidos em relação a QV desses cuidadores. (Tabela 5)

## DISCUSSÃO

O presente estudo identificou que a grande maioria dos cuidadores realiza atividade informal, é do gênero feminino, representado principalmente pelas esposas e filhas. Estas características se assemelham aos achados na literatura, a qual relata que a maioria dos cuidadores são informais, membros da família e quem assume predominantemente este ofício é mulher.<sup>19-22</sup>

Estes achados podem ser explicados pelo fato de que historicamente atribui-se à mulher a função de cuidadora no âmbito familiar e na esfera doméstica, sendo visto como natural pela sociedade e pela própria mulher.<sup>23</sup> Por outro lado, culturalmente a imagem do homem está associada ao de provedor, o que pode explicar a pequena quantidade de homens cuidadores encontrada neste estudo. Este resultado corrobora o estudo de Neri et al (2002), o qual relata que “raramente o cuidador é um homem”.<sup>24</sup>

Quanto ao aspecto idade, identificou-se uma média de 44,9 anos, corroborando com outros estudos que evidenciam uma média de idade considerada elevada, podendo o achado estar relacionado diretamente ao fato de que muitas vezes o cuidador é o cônjuge.<sup>20,25,26</sup> Alguns autores chamam a atenção para este fato, pois consideram que a idade avançada se torna um índice de preocupação, uma vez que pode impactar diretamente na QV do cuidador.<sup>20,26</sup>

Em relação à escolaridade dos cuidadores, o estudo observou que mais da metade (60%) possui o ensino médio completo ou superior, o que diverge do estudo de Panhoca I et al (2008), que relatam que a maioria dos cuidadores possuem ensino fundamental incompleto e que nenhum cuidador tinha nível superior.<sup>27</sup> No entanto, mesmo se tratando de uma instituição pública, onde os pacientes são menos favorecidos financeiramente, nosso estudo observou a melhoria no nível da escolaridade, o que pode

estar relacionado aos programas governamentais que vem tomando medidas para reduzir a desigualdade social, possibilitando o acesso à educação.<sup>28</sup>

A queixa de estresse associada à atividade como cuidador foi relatada por 82,5% dos cuidadores. Ademais, ficou evidenciado que o estresse foi um fator que impactou significativamente na qualidade de vida dos cuidadores, no que se refere aos domínios psicológico e social, quando comparado ao grupo que não relatou estresse. Este achado corrobora com outros estudos, que relatam que o cuidador informal mediante estresse secundário à atividade do cuidado e a sobrecarga provocada pelo exercício de sua função, geralmente lida, a falta de tempo para si próprio, família e amigos, interrupções na carreira profissional, gastos excessivos, falta de tempo para o lazer, o que resulta em alterações na sua QV ou bem-estar.<sup>29,30</sup>

O estudo identificou que 32,5% dos CI associaram a presença do sintoma de depressão à atividade exercida como cuidador. Verificou-se então que houve um impacto estatisticamente significativo na QV, referente aos domínios psicológico e social. Este resultado corrobora com outros estudos que afirmam que a depressão e o isolamento social as manifestações mais frequentes após o início da prestação de cuidados.<sup>31</sup> Segundo Manzini (2016), estes sentimentos são considerados de grande impacto, uma vez que a vida social do cuidador será afetada pela tarefa de prestar cuidados.<sup>32</sup>

Um elevado percentual de cuidadores mencionaram a presença de dor em pelo menos um local do corpo, assemelha-se a outros estudos que afirmam a queixa de dor relatada pela maioria dos cuidadores.<sup>33-35</sup> Identificou-se que as dores articulares e a dor em MMSS foram as principais queixas de natureza física que impactaram na qualidade de vida dos cuidadores, corroborando com o estudo de Fernandes et al (2013).<sup>22</sup> Quanto à dores articulares, Brioschi (2009) e Eishma (2010), em seus estudos, relacionam esta

afecção a aspectos multifatoriais, como presença de movimentos repetitivos excessivos e posturas inadequadas<sup>33,34</sup>. Eishma (2010) relata que atividades como dar banho, ajudar a levantar, apoio na deambulação, entre outros, exigem dos cuidadores uma sobrecarga na aplicação de força, tornando essas atribuições as principais vilãs das dores osteomioarticulares<sup>34</sup>.

Os resultados do presente estudo apontam que as dores em MMII e coluna não impactaram de maneira significativa na qualidade de vida dos cuidadores, apesar de mais da metade dos participantes terem referido dor nessas regiões. Este achado diverge de Moraes et. al (2016), que relatam que as regiões mais afetadas pela dor são os membros inferiores.<sup>35</sup>

Quando indagados sobre o nível de satisfação com sua saúde, grande parte dos cuidadores respondeu sentir-se insatisfeito ou muito insatisfeito. Para Gaioli (2012), as circunstâncias do cuidado podem favorecer a consequências negativas na saúde do CI, que enfrenta situações de estresse, desgaste e cansaço, o que pode causar um efeito aditivo na percepção de sobrecarga e na sua QV.<sup>36</sup>

Contudo, apesar de desgastante, a atividade do cuidar de um familiar também apresenta sentimentos positivos de sensação confortadora, como dever cumprido e dignificação de suas vidas.<sup>26</sup> Esta consideração pode justificar o fato de a maioria dos cuidadores participantes deste estudo ter avaliado sua QV como boa.

## CONCLUSÃO

Os resultados encontrados neste estudo destacam o gênero feminino, o grau de parentesco e a informalidade como caracterizador do grupo de cuidadores de pacientes com diagnóstico de AVE. O grau de estresse, dores articulares e depressão relatado pelos cuidadores contribui significativamente para suas qualidades de vida. Torna-se importante destacar a dor em MMSS, principalmente em mãos, punho e ombros, como fator impactante na qualidade de vida.

Em razão da insuficiência das redes de apoio familiar e institucional, o cuidador necessita desenvolver habilidades para lidar com as dificuldades enfrentadas. Diante disso, fica evidente a necessidade de reconhecer e atender as demandas dos cuidadores, no sentido de orientá-los, acompanhar o cuidado e propor ações que visem o suporte assistencial de forma ampliada. Os dados obtidos no presente estudo nos estimulam a refletir a respeito da melhoria da qualidade de vida dos cuidadores em uma proposta de intervenção multidisciplinar.

Sugere-se para novos estudos o aumento do número de entrevistados e a elaboração da análise de diferentes variáveis.

**Tabela 1** – Perfil sociodemográfico de cuidadores informais de pacientes com AVE. Recife (PE), 2017.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Gênero</b>		
Feminino	35	87,5
Masculino	5	12,5
<b>Estado Civil</b>		
Casada	27	67,5
Solteira	13	32,5
<b>Escolaridade</b>		
Nível Fundamental I (1ª a 4ª série)	3	7,5
Nível Fundamental I Incompleto	5	12,5
Nível Fundamental II ( 5ª a 8ª série)	5	12,5
Nível Fundamental II Incompleto	3	7,5
Nível Médio	19	47,5
Nível Médio Incompleto	2	5,0
Nível Superior	1	2,5
Nível Superior Incompleto	2	5,0
<b>Foi cuidador</b>		
Sim	13	32,5
Não	27	67,5
<b>Grau de Parentesco</b>		
Mãe	2	5,6
Esposo	2	5,6
Esposa	17	47,1
Irmão	1	2,8
Irmã	2	5,6
Filho	2	5,6
Filha	10	27,7
<b>Doenças associadas</b>		
Sim	20	50,0
Não	20	50,0
<b>Quais doenças associadas:</b>		
HAS	15	37,5
DM	4	10,0
Trombose	1	2,5
Doenças reumáticas	3	7,5
Outras doenças	8	20,0
<b>Problemas ocorridos após o início do cuidar do paciente</b>		
Estresse	33	82,5
Depressão	15	37,5
Dores articulares	18	45,0
Outros problemas	1	2,5

**Tabela 2** Descrição dos cuidadores informais em relação à dor e sua localização. Recife (PE), 2017.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Dor em MMSS</b>		
Sim	24	60,0
Não	16	40,0
<b>Local da dor nos MMSS</b>		
Ombro	11	27,5
Braços	2	5,0
Cotovelo	1	2,5
Punho	11	27,5
Mãos	15	37,5
<b>Dor em MMII</b>		
Sim	26	65,0
Não	14	35,0
<b>Local da dor nos MMII</b>		
Dor Nervo ciático	1	2,5
Quadril	2	5,0
Pernas	6	15,0
Joelhos	15	37,5
Tornozelo	3	7,5
Pés	20	50,0
<b>Dor em Coluna</b>		
Sim	30	75,0
Não	10	25,0
<b>Local da dor de coluna</b>		
Cervical	15	37,5
Torácica	6	15,0
Lombar	22	55,0

**Tabela 3.** Dados das variáveis das questões 1 e 2 do WHOQOL, referente a de qualidade de vida/satisfação a saúde. Recife-PE, 2017.

Q1- Como você avaliaria sua qualidade de vida?

Variáveis	Frequência	%	% válido	Cumulativo %
	Q1	Q1	Q1	Q1
1	3	7,5	7,5	7,5
2	5	12,5	12,5	20
3	15	37,5	37,5	57,5
4	16	40	40	97,5
5	1	2,5	2,5	100
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	

Q2- Quão satisfeito você está com sua saúde ?

Variáveis	Frequência	%	% válido	Cumulativo %
	Q2	Q2	Q2	Q2
1	3	7,5	7,5	7,5
2	12	30	30	37,5
3	17	42,5	42,5	80
4	6	15	15	95
5	2	5	5	100
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	



**Tabela 4** – Análise descritiva das variáveis sociodemográfico e domínios do Whoqol Bref do cuidador informal de pacientes com AVE. Recife-PE, 2017.

<b>Variáveis</b>	<b>Média ± DP</b>	<b>Mediana (Q1; Q3)</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Tempo que apresenta os sintomas (m)	<b>26,8 ± 24,4</b>	24,0(12,0; 36,0)	0,0	108,0
Quantas Vezes foi cuidador	<b>1,8 ± 1,2</b>	1,0(1,0; 2,5)	1,0	5,0
Quanto tempo é cuidador (m)	<b>34,7 ± 34,5</b>	24,0(12,0; 45,0)	3,0	168,0
Idade	<b>44,9 ± 13,5</b>	46,0(37,0; 59,5)	19,0	66,0
<b>Whoqol Bref</b>				
Dom. físico	<b>53,9 ± 16,9</b>	53,6(43,8; 71,4)	17,9	82,1
Dom. psicológico	<b>55,4 ± 18,6</b>	58,3(45,8; 69,8)	4,2	87,5
Dom. social	<b>51,9 ± 21,0</b>	54,2(35,4; 66,7)	0,0	100,0
Dom. ambiente	<b>45,3 ± 15,3</b>	46,9(34,4; 55,5)	9,4	81,3

**Tabela 5** – Correlação das variáveis sociodemográficas com o questionário Whoqol Bref. Recife-PE, 2017

Variáveis	Whoqol Bref			
	Físico Média ± DP	Psicológico Média ± DP	Social Média ± DP	Ambiente Média ± DP
<b>Estresse</b>				
Sim	51,84 ± 16,59	<b>52,02 ± 18,08</b>	<b>47,73 ± 19,90</b>	44,03 ± 16,05
Não	63,78 ± 16,03	<b>71,43 ± 11,64</b>	<b>71,43 ± 14,32</b>	51,34 ± 9,35
<i>p</i> -valor *	0,090	<b>0,010</b>	<b>0,005</b>	0,255
<b>Depressão</b>				
Sim	46,67 ± 21,02	<b>43,61 ± 21,41</b>	<b>41,67 ± 22,49</b>	39,38 ± 17,35
Não	58,29 ± 12,45	<b>62,50 ± 12,38</b>	<b>58,00 ± 17,76</b>	48,88 ± 12,94
<i>p</i> -valor *	0,066	<b>0,005</b>	<b>0,015</b>	0,055
<b>Dores articulares</b>				
Sim	<b>47,62 ± 16,93</b>	50,69 ± 22,97	47,22 ± 24,75	<b>39,41 ± 14,43</b>
Não	<b>59,09 ± 15,42</b>	59,28 ± 13,36	55,68 ± 16,94	<b>50,14 ± 14,48</b>
<i>p</i> -valor *	<b>0,031</b>	0,148	0,208	<b>0,025</b>
<b>Dor em MMSS</b>				
Sim	<b>47,17 ± 16,75</b>	<b>48,79 ± 19,05</b>	<b>44,79 ± 20,38</b>	<b>40,63 ± 15,53</b>
Não	<b>64,03 ± 11,48</b>	<b>65,37 ± 12,79</b>	<b>62,50 ± 17,48</b>	<b>52,34 ± 12,16</b>
<i>p</i> -valor *	<b>0,001</b>	<b>0,004</b>	<b>0,007</b>	<b>0,015</b>
<b>Dor em MMII</b>				
Sim	51,92 ± 17,39	57,72 ± 19,47	50,64 ± 21,33	44,11 ± 15,60
Não	57,65 ± 15,96	60,42 ± 16,24	54,17 ± 20,87	47,55 ± 14,92
<i>p</i> -valor *	0,313	0,216	0,618	0,504
<b>Dor na Coluna</b>				
Sim	52,02 ± 18,35	54,58 ± 20,83	51,67 ± 23,30	43,96 ± 16,16
Não	59,64 ± 10,39	57,92 ± 9,31	52,50 ± 12,45	49,38 ± 11,95
<i>p</i> -valor *	0,116	0,493	0,887	0,338
<b>Gênero</b>				
Feminino	<b>50,82 ± 15,69</b>	53,45 ± 18,73	50,48 ± 21,76	44,02 ± 15,65
Masculino	<b>75,71 ± 4,66</b>	69,17 ± 10,46	61,67 ± 11,18	54,38 ± 8,44
<i>p</i> -valor *	<b>0,001</b>	0,076	0,270	0,158

(\*) Teste t Student

(\*\*) Correlação estatisticamente significativa ( P<0,05)

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais. Genebra:OMS;2006. Disponível em:  
<http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>  
<http://pt.scribd.com/doc/46616252/Avc-Livro- Oms>
2. Araújo M; Bruckheimer; Hounsell; Silva; Woelner ; Soares. Realidade virtual: efeitos na recuperação do membro superior de pacientes he-miparéticos por acidente vascular cerebral. Arq Catarin Med. 43(1): 15-20; jan-mar 2014.
3. Portal Brasil Acidente vascular cerebral. Disponível:  
<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/acidente-vascular- cerebral-avc>.
4. Cabral, N. L. Epidemiologia e impacto da doença cerebrovascular no Brasil e no mundo. Com Ciência. N.109, Campinas, 2009.
5. Guedes LI , Glenda agra, Nepomuceno CM. Perfil dos casos de acidente vascular cerebral registrados em uma instituição pública de saúde em Campina. Grande – pbrevista tema. V. 12, n. 17 (2011): v. 12, número 17 - julho / dezembro 2011.
6. Silva DCS; Nascimento CF; Brito ES: Efeitos da Mobilização Precoce nas Complicações Clínicas Pós-AVC: Revisão da Literatura. Rev Neurocienc .21(4):620-627; 2013.
7. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Lourenço C, Battistella LR. Independência funcional em pessoas com lesões encefálicas adquiridas sob reabilitação ambulatorial. ACTA FISIATR 14(2): 87 – 94, 2007.
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia Prático do Cuidador. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF. 2008.
9. Perlini, Oliveira NM, Girardon and. FARO, Ana Cristina Mancussi e. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. Rev. esc. enferm. USP; vol.39, n.2, pp.154-163. ISSN 0080-6234; 2005.
10. Andrade, Miranda L de et al. A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. Rev. esc. enferm. USP vol.43, n.1, pp.37-43; 2009.
11. Lavinsky e Vieira. Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimentos dos familiares envolvidos Acta Scientiarum. Health Sciences Maringá, v. 26, no. 1, p. 41-45, 2004
12. Caldas, C.P. Envelhecimento com dependência: responsabilidade de demanda da família. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, maio/jun. 2003.

13. Sequeira, C: Da necessidade do cuidado as consequências do cuidar. In LEAL, I.; RIBEIRO et al, ed. Lit. Acta do 6º Congresso Nacional da Psicologia da Saúde-Saúde Bem-Estar e Qualidade de Vida; 2006.
14. Sousa AG; Zarameli RC; Ferrari RAM; Frigero M. ConScientiae Saúde: Avaliação da qualidade de vida de cuidadores de pacientes com seqüelas neurológicas; 7(4):497-502; 2008.
15. Souza LR, Hanus JS, Libera LBD, Silva VM et al.: Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. Cad. Saúde Colet., 23 (2): 140-149; Rio de Janeiro, 2015.
16. Costa E C Souza. Sobrecarga física e mental dos cuidadores de pacientes em atendimento Fisioterapêutico domiciliar das estratégias de saúde da família de Diamantina (MG). Revista Baiana de Saúde Pública v.37, n.1, p.133-150,jan./mar.2013.
17. Ballarim S. Perfil Sociodemografico e sobregarga de cuidadores informais de pacientes assistidos em ambulatório de terapia ocupacional. Cad.Ter.Ocup UFSCar, São Carlos, v.24 n.2, p315-321,2016.
18. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W editors. Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag; p. 41-60, 1994.
19. Nadir EFR Sawada NO. Foi do Artigo Qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores familiares de idosos dependentes; 21(5):1096-1103; 2013.
20. Rodrigues G; J.Egídio et al. Qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores familiares de idosos dependentes. Cienc. Enferm. Vol.20, n.3, 2014.
21. Costa TF et al: Qualidade de vida de cuidadores de indivíduos com acidente vascular encefálico: associação com características e sobrecarga. Rev Esc Enferm USP.49(2):245-252; 2015.
22. Fernandes BCW, Ferreira KCP, Marodin MF, do Val MON, Fréz; Influência das orientações fisioterapêuticas na qualidade de vida e na sobrecarga de cuidadores, AR Fisioter Mov.;26(1):151-8; jan/mar 2013.

23. Stackfleth R, Diniz MA, Fhon JRS, Vendruscolo TRP, Fabricio-Whebe SSC, Marques S, et al. Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. *Aacta Paul Enfem*; 25(5):768-74;Out-Nov; 2012.
24. Neri AL, Sommerhalder C. As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. In: Neri AL, organizador. *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas: Alínea p. 9-64, 2002.
25. Boventura LC et. Al. Avaliação da sobrecarga do cuidador de paciente neurológico cadeirante adulto. São Paulo, p 3194, 2016.
26. Anjos KF, Boery RNSO, Pereira R: Qualidade de vida de cuidadores familiares e idosos dependentes no domicílio; *Enfem, Florianópolis*; 23(3):600-8; Jul-Set;2014.
27. Panhoca I, Pupo Qualidade de vida de cuidadores de afásicos. *ACS Rev. CEFAC São Paulo*; p 3, 2008.
28. UNESCO:Declaração Mundial sobre Educação para Todos: Satisfação das NecessidadesBásicas de Aprendizagem;ED/90/CONF/205/1; p 5-7:1990  
Disponível em :<http://unesdoc.unesco.org/images/0008/000862/086291por.pdf>.
29. Scazufca, M. Impacto nos cuidadores com demência e suas complicações para os serviços de saúde. In: FORLENZA, O. V.; CARAMELLI, P. *Neuropsiquiatria geriátrica*. São Paulo, p. 577-585, 2001.
30. Santos, S. M. A. O cuidador familiar de idosos com demências: um estudo qualitativo em famílias de origem nipo-brasileiras. 2003. 396 f. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual Campinas, Campinas (SP), 2003.
31. Cruz NM, Hamdan AC:O IMPACTO DA DOENÇA DE ALZHEIMER NO CUIDADOR; *Psicologia em Estudo, Maringá*, v. 13, n. 2, p. 223-229, abr./jun. 2008 .
32. Manzini CSS, Brigola AG, Pavarini SCL, Vale FAC: Fatores Associados à resiliência de cuidador familiar de pessoa com demência: revisão sistemática; *Rev Bras Geriatr Gerontol*; 19 (4): 703-714; Rio de Janeiro, 2016.
33. Brioschi ML, Cherem AJ, Ruiz RC, Sardá Júnior JJ, Silva FMRM. O uso da termografia infravermelha na avaliação do retorno ao trabalho em programa de reabilitação ampliado (PRA); *ACTA FISIATR*; 16(2): 87-92; 2009.

34. Eishima, Raquel Sumie; Andrade Neto, Mariano Lopes de; Landim, Paula da Cruz. Cuidado com o Cuidador! uma análise da tarefa. *Ação Ergonômica*, v. 5, p. 1-9, 2010. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/134491>>.
35. Morais D, Terassi M, Inouye K, Luchesi BM, Pavarini SCI. Dor crônica de idosos cuidadores em diferentes níveis de fragilidade. *Rev Gaúcha Enferm.* dezembro 2016.
36. Gaioli CCLO. Cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: variáveis sociodemográficas e da saúde associadas à resiliência [tese] Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2010.