

PERFIL DE CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO*

PROFILE OF FAMILY CAREGIVERS OF ELDERLY WITH ISCHEMIC CEREBROVASCULAR STROKE

EL PERFIL DE CUIDADORES FAMILIARES DE ANCIANOS CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÊMICO

CHRYSYTIANY PLÁCIDO DE BRITO VIEIRA¹

ANA VIRGÍNIA DE MELO FIALHO²

Realizou-se este estudo com o objetivo de descrever as características sociodemográficas, econômicas, de tempo na função e de apoio recebido pelo cuidador familiar de idoso com acidente vascular cerebral isquêmico. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem quantitativa, realizado com cuidadores de idosos acompanhados em ambulatório de neurologia, referência no município de Fortaleza-CE-Brasil, de maio a agosto de 2009. Participaram do estudo 52 cuidadores familiares, sendo 32,8% com idade entre 41 e 50 anos; 92,3% mulheres; 75% com moradia junto ao idoso; 63,5% filhos, seguidos dos cônjuges em 23,1% dos casos; 46,2% com apenas o ensino médio; 57,7% desempregados e cuidadores há mais de três anos; 30,8% com renda de até dois salários e 55,8% com nenhum tipo de apoio. Esses dados reforçam a necessidade de políticas públicas de proteção ao idoso e, também, ao cuidador.

DESCRITORES: Idoso; Acidente cerebral vascular; Cuidadores; Família.

This study was accomplished with the aim of describing the socio-demographic and economical characteristics, of time in the function and support received by the family caregiver of elderly with ischemic cerebrovascular stroke. This is a descriptive and exploratory study with quantitative approach, carried out with elderly caregivers assisted at a reference neurology clinic in the city of Fortaleza-CE-Brazil, from May to August 2009. 52 family caregivers participated in the study, of which 32.8% were aged between 41 and 50 years; 92.3% female; 75% living with the elder; 63.5% were their son or daughter, followed by partners in 23.1% of the cases; 46.2% had only secondary education; 57.7% unemployed and had been caregivers for more than three years; 30.8% had income up to two minimum wages and 55.8% without any kind of support. These data reinforce even more the need of public policies to protect the elderly and also his caregiver.

DESCRIPTORS: Aged; Stroke; Caregivers; Family.

Estudio llevado a cabo con el objetivo de describir las características sociales, demográficas, económicas, de tiempo en la función y del apoyo recibido por el cuidador familiar de anciano con accidente cerebral vascular isquémico. Se trata de un estudio descriptivo y de investigación con planteo cuantitativo, con participación de cuidadores de ancianos acompañados en una acreditada policlínica de neurología, en la ciudad de Fortaleza –CE/ Brasil, de mayo a agosto del 2009. Participaron del estudio 52 cuidadores familiares, de los cuales un 32,8% tenía entre 41 y 50 años de edad; un 92,3% mujeres; el 75% vivía con el anciano, un 63,5% hijos, seguido por los cónyuges en un 23,1% de los casos; un 46,2% apenas con enseñanza secundaria; un 57,7% desempleados y cuidadores por más de tres años, un 30,8% con renta de hasta dos sueldos y un 55,8% sin cualquier tipo de apoyo. Estos datos refuerzan la necesidad de que haya políticas públicas de protección al anciano y también al cuidador.

DESCRIPTORES: Anciano; Accidente Cerebrovascular; Cuidadores; Familia.

* Extraído de trabalho de Conclusão do Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde, da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Sobrecargas do cuidador familiar do idoso com acidente vascular cerebral isquêmico e o cuidado clínico de enfermagem, 2010.

¹ Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Brasil. E-mail: chrystianyplacido@yahoo.com.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Brasil. E-mail: anavirginiamf@terra.com.br.

INTRODUÇÃO

A Enfermagem vivencia no seu cotidiano de trabalho uma mudança no perfil demográfico e epidemiológico. Nos países ditos desenvolvidos e também nos em desenvolvimento, como o Brasil, vem ocorrendo um aumento significativo da expectativa de vida, tornando o convívio com pessoas idosas nos lares e nos serviços de saúde cada vez mais comum.

O processo de transição demográfica no Brasil e em outros países latino-americanos ocorreu de forma rápida, resultando no aumento da população maior de 60 anos, sem a melhoria de sua qualidade de vida, ao contrário do que aconteceu nos países desenvolvidos, cujo processo foi lento e acompanhado da elevação da qualidade de vida⁽¹⁾.

O processo de transição epidemiológica ocorre hoje em todos os países desenvolvidos e se caracteriza pelo controle das doenças transmissíveis e aumento da esperança de vida, passando as doenças não-transmissíveis a terem mais importância nos aspectos de morbimortalidade⁽²⁾.

No entanto, o processo desordenado de transição demográfica associado ao de transição epidemiológica, acentuado pelas mudanças dos hábitos e estilos de vida, apesar dos avanços tecnológicos que garantem prolongamento da vida, têm sido no Brasil motivos de grande preocupação, não somente pelos gastos com diagnóstico e tratamento das doenças crônico-degenerativas comuns nessa parcela da população, os quais estão cada vez mais onerosos devido à sofisticação da medicina moderna, mas pelo seu aspecto limitante e suas repercussões na vida do indivíduo, família e sociedade.

Em todos os países existe uma preocupação com o envelhecimento da população. Vários estudos voltam-se para um envelhecimento saudável e ativo, pautado em experiências positivas e oportunidades seguras de saúde, com potencial para bem-estar físico, social e mental, com valorização da capacidade funcional⁽³⁾.

Dentre as doenças incapacitantes, encontra-se o Acidente Vascular Cerebral (AVC), que constitui a terceira causa de morte no mundo, precedida pelas cardiopatias em geral e pelo câncer. No Brasil, desde 1996, o AVC vem se constituindo como causa principal de internações, mortalidade e deficiências, acometendo a faixa etária acima de 50 anos⁽⁴⁻⁵⁾.

Em geral, o AVC isquêmico é três a quatro vezes mais frequente que o hemorrágico, compreendendo 70 a 80% de todos os acidentes vasculares cerebrais⁽⁶⁾.

Cada vez mais se observa que o período de internação hospitalar desses pacientes tem sido cada vez menor, por isso esses idosos, portadores ou não de algum tipo de incapacidade funcional, retornam cada vez mais cedo para seus lares⁽⁷⁾.

Portanto, com o número cada vez maior de pessoas que chegam à idade avançada, o tema envelhecimento envolve toda a família, principalmente se esse idoso for acometido por uma doença crônico-degenerativa, como o AVC isquêmico, que instala uma situação de dependência relacionada aos âmbitos físico, psíquico e socioeconômico. Nesse contexto, surge uma importante figura para a manutenção do bem-estar do idoso: o cuidador familiar.

Contudo, o ato de cuidar de um idoso dependente é complexo. Por isso, a família e, especialmente, o cuidador familiar, como prestadores diretos desse cuidado devem ser preparados para esse fim. Isso se torna essencial quando se trata de um idoso acometido por AVC isquêmico, pois as incapacidades funcionais que podem surgir trazem mudanças afetivas e instrumentais em um tempo muito curto, exigindo da família uma adaptação rápida. Além disso, o período de reabilitação após um AVC pode ser bastante prolongado.

Normalmente, a responsabilidade principal recai sobre um único familiar, cuja designação, embora seja informal, geralmente, obedece a quatro fatores, relacionados ao parentesco: ser cônjuge, ser do gênero feminino, já viver com o paciente e ter relação afetiva, principalmente conjugal e de filhos⁽⁸⁾.

Assumir sozinho o cuidado de um familiar não é tarefa fácil, pois além dos cuidadores lidarem com uma diversidade de sentimentos, eles se veem obrigados a agregar novas atividades a sua rotina de vida⁽⁹⁾.

Assim, cuidar de um idoso com dependência traz sobrecarga de ordem física, emocional e social para o cuidador familiar, cuja saúde vai se deteriorando com a exposição continuada a essas condições relativas ao ato de cuidar, de onde se conclui que o cuidador familiar, principal agente de produção de cuidados e proteção, também precisa de cuidados⁽¹⁰⁾.

Diante dessa situação, ainda são poucas as respostas do sistema de saúde e de outras políticas sociais, que tenham como finalidade a saúde e o bem-estar do idoso e do seu cuidador. Essa constatação é preocupante na sociedade brasileira ao se analisar a situação da condição social, econômica e de saúde dessa parcela da população, caracterizada por ter baixo nível socioeconômico e consumidores de uma parcela desproporcional de recursos de saúde.

Como o AVC isquêmico é frequente e de grandes consequências físicas, sociais e familiares, torna-se necessário conhecer o perfil dos cuidadores familiares, para que se possa elaborar planos de atenção ao cuidador familiar a partir de dados que respondam às suas necessidades e que estejam em acordo com a realidade destes, ocasionando um cuidado satisfatório ao idoso.

Nessa perspectiva, este estudo objetiva descrever as características sociodemográficas, econômicas, de tempo na função e de apoio recebido pelo cuidador familiar.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de natureza quantitativa, desenvolvido no Ambulatório de Neurologia do Hospital Universitário Walter Cantídio, do município de Fortaleza-CE-Brasil, de maio a agosto de 2009.

Fez parte deste estudo a população de cuidadores de idosos acometidos por AVC isquêmico que

atenderam aos critérios de inclusão durante o período de coleta de dados. Para serem inclusos na pesquisa, os participantes deveriam apresentar-se como cuidadores principais, familiares ou não, sem remuneração para o exercício da atividade, tempo de cuidar superior a quatro semanas, responsáveis pelo bem-estar, assistência e prestação de cuidados ao idoso acometido por AVC isquêmico (incidente ou recorrente). A amostra foi constituída de 52 cuidadores, sendo que no período de coleta surgiram muitos casos de AVC isquêmico em pessoas com menos de 60 anos, de idosos com AVCI não acompanhados de cuidadores, por se apresentarem assintomáticos ou sem incapacidade funcional, ou acompanhados por pessoas que não eram os cuidadores principais, o que justifica o tamanho da amostra. Mas apesar dessas dificuldades, os cuidadores não mostraram resistência em responder às perguntas.

Para coleta dos dados, foi utilizado um instrumento do tipo formulário que foi aplicado em entrevistas realizadas pela pesquisadora com os cuidadores que atenderam aos critérios de inclusão, logo após o atendimento ao idoso no ambulatório, de forma individual e respeitando-se os aspectos éticos. Possuía questões para caracterização dos aspectos sociodemográficos (faixa etária, sexo, residência e relação de parentesco com idoso), econômicos (escolaridade, situação profissional, profissão e renda), do tempo de cuidador, do apoio formal e informal dos cuidadores.

Os dados foram analisados, inicialmente, por meio de procedimentos de estatística descritiva. Calcularam-se as medidas estatísticas médias e o desvio padrão das variáveis quantitativas. Aplicou-se o teste de Levene para a verificação da igualdade das variâncias. Em seguida, compararam-se as médias por meio dos testes paramétricos t de Student (duas médias) e F de Snedecor (três ou mais médias). Os dados foram processados no *software* SPSS, versão 14.0.

Durante a realização da pesquisa, foram observados os aspectos éticos, conforme a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que define as

diretrizes e normas que regem a pesquisa com seres humanos⁽¹¹⁾. O estudo foi apreciado e aprovado pelo comitê de ética sob protocolo nº 018.04.09, de 11 de maio de 2009.

RESULTADOS

Para caracterizar os 52 cuidadores, tem-se a seguir dados relativos aos aspectos sociodemográficos (faixa etária, sexo, residência, relação de parentesco com o idoso e estado civil).

Tabela 1 — Distribuição do número de cuidadores familiares de idosos acometidos por AVC isquêmico segundo aspectos sociodemográficos. Fortaleza, CE, Brasil, 2009

Características	Nº	%
Faixa etária (ano)		
20-30	6	11,5
31-40	9	17,3
41-50	17	32,8
51-60	10	19,2
61-74	10	19,2
Sexo		
Feminino	48	92,3
Masculino	4	7,7
Residência		
Junto com idoso	39	75,0
Separado do idoso	13	25,0
Relação de parentesco com o idoso		
Cônjuge	12	23,1
Filho (a)	33	63,5
Irmão (ã)	1	1,9
Outro*	6	11,5
Estado civil**		
Solteiro (a)	19	47,5
Casado (a)	16	40,0
Viúvo (a)	2	5,0
Divorciado (a)	1	2,5
Outro	2	5,0

n= 52

*Refere-se a vizinho, neto, sobrinha e nora.

**Estado civil dos cuidadores que não eram cônjuges.

A idade dos cuidadores variou entre 20 e 74 anos, com média $47,8 \pm 13,4$ anos. Observa-se que 17 (32,8%) encontravam-se na faixa etária de 41 a 50

anos, sendo também significativo o número de cuidadores acima de 51 anos de idade, ou seja, pessoas em processo de envelhecimento que se encontram independentes, cuidando de idosos dependentes.

Em relação ao sexo, a maioria destes cuidadores (92,3%) é do sexo feminino, sendo a maioria (75%) residente na casa do idoso.

No tocante ao familiar que executa diretamente a tarefa de cuidar, 33 (63,5%) dos cuidadores entrevistados eram filhos, seguidos de 12 (23,1%) que eram cônjuges.

Quanto ao estado civil daqueles cuidadores que não eram cônjuges, ou seja, 40 cuidadores (76,9%), 19 (47,5%) eram solteiros e 16 (40,0%) eram casados, dados que também precisam ser considerados, pois podem influenciar no cuidado dispensado.

Na Tabela 2, encontram-se os dados referentes à escolaridade, situação profissional e renda.

Tabela 2 — Distribuição dos cuidadores familiares de idosos acometidos por AVC isquêmico segundo aspectos socioeconômicos. Fortaleza, CE, Brasil, 2009

Características	Nº	%
Escolaridade		
Fundamental	14	26,9
Ensino médio	24	46,2
Superior	14	26,9
Situação profissional		
Empregado*	13	25,0
Desempregado	30	57,7
Aposentado	9	17,3
Renda familiar (SM)**		
Até 1	12	23,1
2	16	30,8
2-3	11	21,1
3-6,5	13	25,0

n= 52

* Profissões/ocupações citadas: porteiro, auxiliar e técnico de enfermagem, contador, técnico de informática, vendedor autônomo, dentre outras;

**Salário mínimo (SM) de R\$ 465,00.

Quanto à escolaridade, 14 (26,9%) possuíam o ensino fundamental, 24 (46,2%) ensino médio e 14 (26,9%) nível superior.

Referente à situação profissional dos cuidadores, observa-se na Tabela 2 que a maioria (57,7%) estava desempregada, devido ao abandono do trabalho em detrimento da dedicação exclusiva ao cuidado e aos afazeres domésticos ou ao fato de nunca terem tido trabalho remunerado. Ressalta-se que nove (17,3%) já eram aposentados.

Quanto à renda familiar, 12 (23,1%) dos cuidadores referiram renda de até um salário mínimo e 16 (30,8%) dois salários, com média $2,5 \pm 1,2$ salários mínimos, renda resultante de aposentadorias do idoso, bem como dos cuidadores e da renda de outros familiares que trabalhavam.

Na Tabela 3 são apresentados os dados sobre o tempo de cuidador e o apoio recebido pelos cuidadores.

Tabela 3 — Distribuição dos cuidadores familiares de idosos acometidos por AVC isquêmico segundo tempo de cuidador e apoio recebido. Fortaleza, CE, Brasil, 2009

Variáveis	Nº	%	
Tempo de cuidador (ano)			
< 1	8	15,4	média±DP
1-2	14	26,9	$1,92 \pm 1,69$ anos
3-20	30	57,7	
Recebimento de apoio			
Sim	23	44,2	
Não	29	55,8	
Tipo de apoio recebido*			
Família/amigos	20	87,0	
Instituição/serviço de saúde	2	8,7	
Outros	1	4,3	

n= 52

*Referente ao total que recebe algum tipo de apoio.

A maioria (57,7%) estava no papel de cuidador de 3 a 20 anos, mas o tempo dedicado ao cuidado do idoso teve média $1,92 \pm 1,69$ anos, o que demonstra que a grande maioria tem pouco tempo de cuidador.

Por meio dos dados deste estudo, constata-se que a maioria dos cuidadores (55,8%) não recebe nenhum tipo de apoio, e os que recebem, têm a família e/ou amigos como principal fonte de apoio (87,0%).

DISCUSSÃO

Todos os cuidadores entrevistados eram cuidadores informais, que se identificaram 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 brasileiros apresentam capacidade de autocuidado comprometida⁽¹²⁾.

Outro aspecto observado no perfil dos cuidadores informais é a idade avançada dos mesmos, o que também foi encontrado neste estudo. Situação semelhante foi observada em outra pesquisa que encontrou idades variando entre 20 e 73 anos, com média de 50,5 anos, o que pode ser visto como fator preocupante no processo de cuidar, pois os cuidadores mais velhos podem apresentar limitações físicas e funcionais⁽¹³⁾.

A predominância das mulheres no cuidado (92,3%) corrobora com estudos que destacam o papel da mulher como cuidadora^(4,8,14). Esse aspecto, ainda, está presente culturalmente não só na sociedade brasileira, pois apesar das mudanças sociais ocorridas, da maior participação da mulher no mercado de trabalho e das transformações dos papéis e valores da família, a mulher ainda é a principal responsável pelo cuidado, compreendido, muitas vezes, como uma extensão das atividades domésticas.

Verifica-se que o cuidado informal é praticado fundamentalmente à custa do tempo e do trabalho das mulheres, sendo elas de fundamental importância para manutenção do cuidado domiciliar, assumindo o cuidado não só por amor e compromisso, mas também por obrigação, imposta pelos laços morais e de parentesco^(15,12).

Outro fato que também constitui motivo de preocupação refere-se à mulher como principal responsável pelo cuidado estando inserida no mercado de trabalho, realidade cada vez mais comum nas sociedades atuais, o que pode influenciar na qualidade do cuidado e no tempo disponível para cuidar⁽¹³⁾.

Constata-se nos estudos que a participação dos homens está mais relacionada à ajuda financeira e/ou ao transporte do idoso ao serviço de saúde. Mas observa-se que nas poucas vezes em que um filho, marido ou outros cuidadores homens assumem o cuidado, o empenho por parte destes é enorme, desfazendo-se o preconceito de que os homens são incapazes de cuidar tão bem quanto às mulheres⁽¹²⁾.

Residir com o idoso (75%) predominou no estudo, pois muitos cuidadores já moravam na mesma residência. O que se observa em muitos casos é que, se não moravam na mesma residência, mudam-se para o domicílio do idoso, pois o idoso fragilizado é muito apegado ao seu ambiente e a objetos pessoais, e seu distanciamento pode gerar outros problemas de saúde, como depressão⁽¹⁶⁾.

No caso de os cuidadores serem representados principalmente por filhos, pode estar presente o sentimento de retribuição deles. Quando assumem o papel de cuidadores, os filhos, principalmente as mulheres, encontram a forma de retribuir a oportunidade de terem sido gerados e postos no mundo, uma vez que também já foram objetos de cuidado de seu idoso ou idosa⁽¹⁷⁾.

Esse sentimento de retribuição pode se confundir com o sentimento de obrigação, proveniente de valores impostos pela cultura familiar, que por estarem tão internalizados são percebidos como naturais. Esse sentimento de obrigação não está presente apenas quando filhos assumem a função de cuidadores, mas também quando cônjuges assumem esse papel, o qual acaba sendo repassado para os filhos, quando o cônjuge já é falecido ou não pode assumir este papel⁽⁸⁾.

Esses dados reforçam também a necessidade de uma atenção maior 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 a todos os membros da família, a qual reage utilizando estratégias de acolhimento e cuidados⁽¹⁰⁾.

O idoso com AVC pode apresentar uma série de dificuldades motoras e sensitivas que podem comprometer a sua reintegração ao meio sociofamiliar, o que vai requerer da família, além de tempo, condições socioculturais, econômicas e relacionais para um enfrentamento satisfatório⁽¹⁰⁾.

O estado civil do cuidador também requer atenção. Ser casado 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. Ser solteiro também reflete uma preocupação, pois a tarefa de cuidar pode influenciar negativamente na vida pessoal do cuidador⁽¹³⁾.

Durante a escolha do cuidador principal, são realizados rearranjos no núcleo familiar, podendo ser uma escolha sutil ou diretiva. Por isso, sempre são considerados pontos como a história de vida, a sensação de dever para com o familiar doente, a disponibilidade pessoal, as relações de afeto, a afinidade, a construção da relação familiar com o doente e, ainda, com maior ênfase, a questão de gênero⁽¹⁸⁾.

O conhecimento da escolaridade do cuidador é muito importante, haja vista que serão os cuidadores que receberão as orientações das equipes de saúde, que acompanharão os idosos aos serviços de saúde e que realizarão as atividades de cuidado, sendo que muitas destas são complexas e exigirão certo grau de escolaridade por parte do cuidador.

A maioria dos cuidadores relatou não possuir atividade remunerada fora do domicílio, dedicando o tempo integral ao cuidado do idoso dependente e às atividades domésticas, o que provavelmente impede ou dificulta a realização de atividades extradomiciliares⁽¹³⁾. Associado a esta situação, a baixa renda familiar oferece dificuldades para a aquisição de alimentos, medicamentos, equipamentos, transporte, entre outros suprimentos necessários para a prestação de cuidados ao idoso, configurando um fator preocupan-

te em relação à qualidade deste cuidado dispensado, porque além dos gastos com as despesas normais da família, sabe-se que a condição de dependência gera gastos que oneram ainda mais o sistema de cuidado.

Porém, é importante ressaltar que o fato de as famílias possuírem uma boa condição financeira, por si só, não determina que esse cuidado seja realizado com qualidade, com segurança e apoio emocional, pois na relação do cuidado, é necessário que se considere não somente os aspectos técnicos e operacionais, mas também os subjetivos⁽¹⁸⁾.

Constata-se também que os cuidadores estão neste papel desde que o idoso adoeceu, evidenciando que o cuidado é assumido por uma única pessoa e dificilmente transferido para outros familiares. Isso remete mais uma vez às dificuldades enfrentadas pelo cuidador que dedica grande parte de sua vida ao cuidado do idoso, o que pode estar comprometendo seu relacionamento familiar e social.

Observa-se no cotidiano destes cuidadores pouco ou nenhum tipo de apoio social. Apoio social se caracteriza como a ajuda real ou percebida que o indivíduo recebe nos relacionamentos familiares ou em grupos e representa um importante meio para prevenção de problemas emocionais, físicos e sociais relacionados ao cuidar, por isso aqueles cuidadores que não têm apoio formal ou informal tendem a desenvolver mais problemas físicos e psíquicos em comparação aos que recebem apoio⁽¹⁹⁾.

Para as pessoas idosas, a família tem fundamental importância no que se refere ao cuidado, à solidariedade e à proteção, mas a ocorrência de uma doença como o AVC, que pode acarretar sequelas graves para um membro da família, favorece a desorganização e a falta de equilíbrio entre os membros da família⁽⁷⁾.

Houve menção da colaboração também de pessoas amigas, principalmente, relacionadas à necessidade de transporte e de apoio nas necessidades de emergência. Estudos observaram as alterações no relacionamento familiar de idosos após o AVC e identificaram também referência a amigos como fonte de

apoio, relevante no que tange à colaboração deles em situações difíceis do cotidiano dessas famílias, oferecendo amparo e segurança aos cuidadores⁽⁷⁾.

O suporte familiar, o apoio social formal e informal, constituídos por serviços de saúde públicos ou privados, organizações e rede de amigos desempenham um papel importante, pois representam sistemas de apoio que facilitam o controle de situações problemáticas. Acrescenta-se a isso que a sociedade precisa compreender que o envelhecimento da população é uma questão que extrapola a esfera familiar e, portanto, a responsabilidade individual, para alcançar o âmbito público, neste compreendido o Estado, as organizações não-governamentais e os diferentes segmentos sociais⁽²⁰⁾.

O apoio aos cuidadores informais, representado principalmente por familiares, dar-se-á por uma parceria interdisciplinar. A parceria entre os profissionais de saúde e os cuidadores, por exemplo, seria para possibilitar a sistematização das atividades de cuidado, realizadas no domicílio por meio de orientações, informações e assessoria de especialistas para promoção da saúde do idoso dependente e de seu cuidador⁽²⁰⁾.

O Estado precisa garantir e assegurar políticas públicas, com enfoque para a estruturação de uma rede de apoio que dê sustentação ao cuidar/cuidado familiar, pois o cuidado familiar é parte do processo de cuidar em saúde, estando a ele articulado.

CONCLUSÕES

O aumento da população idosa, no atual contexto do sistema de saúde e da situação social, política e econômica em que se vive no Brasil, requer a efetivação de políticas públicas na questão da saúde do idoso, não somente relacionadas à prevenção das doenças crônico-degenerativas como do AVC isquêmico, mas também à assistência à saúde de idosos dependentes e ao suporte aos cuidadores familiares.

Portanto, o elevado percentual da população de idosos com algum tipo de incapacidade funcional e

a figura do cuidador familiar exige novas formas de assistência e novos enfoques por parte do enfermeiro. Mas, para a enfermagem propor medidas de intervenção efetivas, faz-se necessário o conhecimento de todas as conjunturas que marcam o processo de envelhecimento da pessoa idosa e de sua família na sociedade brasileira, além de conhecer estes cuidadores, haja vista que há uma interação entre o sistema de cuidado de enfermagem e o sistema de cuidado familiar.

Neste estudo, ser cônjuge, do gênero feminino, viver junto ao idoso e ter uma relação conjugal ou de pais/filhos constitui o perfil característico dos que assumem o papel de cuidadores de pessoas idosas. Caracterizam-se também por ter baixo nível de escolaridade, ser desempregados, ter baixa renda familiar e não receber apoio.

Esses resultados confirmam dados sobre o perfil da grande maioria dos cuidadores familiares da sociedade brasileira, reforçando ainda mais a necessidade de políticas públicas de proteção ao idoso e ao cuidador.

Acredita-se que este estudo poderá contribuir para a atuação dos enfermeiros nos serviços de internação, ambulatorio e atenção básica, no tocante ao planejamento da assistência aos idosos acometidos por AVC isquêmico e, também, aos cuidadores, haja vista que é de interesse dos enfermeiros a participação ativa e responsável destes no cuidado do idoso, considerando que o cuidador é um elo entre o idoso e os profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Cerqueira ATAR, Oliveira NIL. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicol USP*. 2007; 13(1):133-50.
2. Gomes MA, Gomes MBA. Aspectos do estilo de vida e da capacidade funcional do portador de acidente vascular cerebral (AVC): um estudo de caso. *Rev Digital*. [periódico na Internet]. 2007 [citado 2009 dez 30]; 11(104): [cerca de 5 p]. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd104/acidente-vascular-cerebral.htm>.
3. Fabrício SCC, Rodrigues RAP. Revisão da literatura sobre fragilidade e sua relação com o envelhecimento. *Rev Rene*. 2008; 9(2): 113-9.
4. Perlini NMOG, Faro ACM. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. *Rev Esc Enferm USP*. 2005; 39(2):154-63.
5. Bocchi SCM, Angelo M. Interação cuidador familiar-pessoa com AVC: autonomia compartilhada. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(3):729-38.
6. Sacco RL. Patogênese, classificação e epidemiologia das doenças vasculares cerebrais. In: Rowland LP. Merritt, tratado de neurologia. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 255-69.
7. Marques S, Rodrigues RAP, Kusumota L. O idoso após acidente vascular cerebral: alterações no relacionamento familiar. *Rev Latinoam Enferm*. 2006; 14(3):364-71.
8. Fonseca NR, Penna AFG. Perfil do cuidador familiar do paciente com seqüela de acidente vascular encefálico. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(4):1175-80.
9. Mendonça FF, Garanhani ML, Martins VL. Cuidador familiar de sequelados de acidente vascular cerebral: significado e implicações. *Physis*. 2008; 18(1):143-58.
10. Brito ES, Rabinovich EP. Desarrumou tudo! O impacto do acidente vascular encefálico na família. *Saúde Soc*. 2008; 17(2):153-69.
11. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução 196/96. Decreto nº 93.333 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996; 4(2 Supl):15-25.
12. Laham CF, Silva LA. O cuidador. In: Jacob Filho W, Amaral JRG, editores. Avaliação global do idoso: manual da Liga do Gamia. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 171-9.

13. Nardi EFR. Apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente [dissertação]. Maringá (RS): Universidade Estadual de Maringá; 2007.
14. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(3):861-6.
15. Rates HF. Cuidado de saúde do idoso, no domicílio: implicações para as cuidadoras, no Distrito Ressaca — Município de Contagem/MG [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.
16. Thober E, Creutzberg M, Viegas K. Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar. *Rev Bras Enferm*. 2005; 58(4):438-43.
17. Lavinsky AE, Vieira TT. Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimentos dos familiares envolvidos. *Acta Sci. Health Sci*. 2004; 26(1):41-5.
18. Coelho GS. Fundamental no cuidado junto ao idoso com Alzheimer: vivências e experiências de familiares cuidadores compartilhadas no diálogo grupal [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2004.
19. Gratão ACM. Demanda do cuidador familiar com idoso demenciado [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.
20. Ministério de Previdência e Assistência Social (BR). Portaria 1.395/GM de 10 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: Ministério de Previdência e Assistência Social; 1999.

RECEBIDO: 19/01/2010

ACEITO: 27/04/2010