

ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE A QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS PORTADORES DE GONARTROSE E SEUS CUIDADORES FAMILIARES

Analysis comparative between the quality of life in elderly patients with gonarthrosis and their family caregivers

Giselle Layse Andrade Buarque¹; Érica Patrícia Lira Borba Uchôa²; Valéria Conceição Passos de Carvalho³, Marina de Lima Neves Barros⁴, Ana Elisa de Lima Araújo⁵, Roberta Raissa de Melo Matos Dias⁵

RESUMO

A qualidade de vida é um termo que envolve questões objetivas, como saneamento básico, transporte, moradia e outros; e subjetivas, que seria a percepção diferenciada que cada indivíduo tem do seu bem-estar a depender da cultura, dinâmica familiar e experiências vividas. Este estudo teve como objetivo analisar a qualidade de vida dos idosos portadores de gonartrose e compará-la com a dos seus cuidadores familiares. Tratou-se de um estudo do tipo observacional, descritivo de corte transversal envolvendo nove idosos com osteoartrite de joelho e nove cuidadores familiares. Foram aplicados os questionários sócio-demográfico e de qualidade de vida: Questionário SF-36 e o WHOQOL-BREF, para uma avaliação das últimas duas semanas e uma avaliação mais completa. Por fim, realizou-se uma análise descritiva para expor os resultados. Para a realização da análise foi utilizado o SPSS versão 8.0 e todas as conclusões foram tomadas ao nível de significância de 5%. Em relação à qualidade de vida, o questionário SF-36 apresentou uma média significativamente maior entre os cuidadores do que os idosos nos domínios de capacidade funcional ($68,89 \pm 32,96 / 22,22 \pm 11,49$), aspectos físicos ($52,78 \pm 47,51 / 1,22 \pm 2,54$), dor ($63,44 \pm 29,37 / 34,39 \pm 16,44$) e aspectos emocionais ($66,67 \pm 40,82 / 22,22 \pm 33,33$), respectivamente. Entretanto, no questionário WHOQOL-BREF não foram verificadas diferenças significantes entre o par idoso/cuidador. Assim, verifica-se que a osteoartrite leva a uma redução da qualidade de vida de idosos sem, contudo, comprometer a qualidade de vida de seus cuidadores.

Palavras-chave: doenças reumáticas, envelhecimento, bem-estar e cuidador.

ABSTRACT

The quality of life is a term that involves objective questions, such as basic sanitation, transportation, housing and others; and subjective, it would be a different perception that each individual has their well-being depending on the culture, family dynamics and experiences. This study aimed to analyze the quality of life of elderly patients with gonarthrosis and compare it with that of their family caregivers. This was an observational study, cross-sectional descriptive involving nine older adults with knee osteoarthritis and nine family caregivers. socio-demographic questionnaire and quality of life were applied: Questionnaire SF-36 and WHOQOL-BREF, for an assessment of the last two weeks and a more complete assessment. Finally, it took a descriptive analysis to expose the results. To perform the analysis was performed using SPSS version 8.0 and all conclusions were taken at the 5% significance level. Regarding quality of life, SF-36 had a significantly higher average among caregivers of the elderly in the areas of functional capacity ($68.89 \pm 32.96 / 22.22 \pm 11.49$), physical ($52.78 \pm 47.51 / 1.22 \pm 2.54$), pain ($63.44 \pm 29.37 / 34.39 \pm 16.44$) and emotional aspects ($66.67 \pm 40.82 / 22.22 \pm 33.33$), respectively. However, the WHOQOL-BREF questionnaire were not observed significant differences between the elderly couple / caregiver. Thus, it is apparent that osteoarthritis leads to a reduction in the quality of life of the elderly without, however, compromising the quality of life of their caregivers.

Keywords: Rheumatic diseases, aging, well-being and care.

1. Fisioterapeuta graduada pela Universidade Católica de Pernambuco.
2. Professora do Curso de Fisioterapia da Universidade Católica de Pernambuco, Mestre em Ciências-Biológicas e Fisiologia pela Universidade Federal de Pernambuco.
3. Professora do Curso de Fisioterapia da Universidade Católica de Pernambuco, Doutora em Neuropsiquiatria e Neurociências pela Universidade Federal de Pernambuco.
4. Professora do Curso de Fisioterapia da Universidade Católica de Pernambuco, Mestre Design pela Universidade Federal de Pernambuco.
5. Fisioterapeuta graduada pela Universidade Católica de Pernambuco.

AUTOR CORRESPONDENTE:

Roberta Raissa de Melo Matos Dias
Rua do Príncipe, 160, Vila Torres Galvão, Paulista- Pernambuco.
E-mail: robertarraissa92@gmail.com

INTRODUÇÃO

A pirâmide etária brasileira vem se modificando nas últimas décadas, isso pode ser observado no alargamento do seu ápice e no estreitamento de sua base; significando desta forma, o aumento do número de pessoas com 60 anos ou mais, em detrimento do número de crianças e jovens. As causas dessa ampliação vêm, sobretudo, da queda da fecundidade, redução da mortalidade, avanços científicos e tecnológicos na área de saúde.¹⁻⁵

Associado ao envelhecimento da população, constata-se o aumento das doenças crônicas degenerativas. Dentre essas, destaca-se a osteoartrose, que ao acometer a articulação do joelho recebe o nome de gonartrose. Dados fornecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), revelam um percentual relevante de idosos que apresenta tal patologia, cerca de 10% da população mundial.⁵

A evolução dessa doença pode acarretar em incapacidades, perda de autonomia e dependência, refletindo de forma negativa na qualidade de vida do doente. Em razão disto, o idoso necessitará de cuidados extras nos seus afazeres cotidianos. Surge, então, a figura do cuidador, que conforme o Ministério da Saúde, trata-se de um indivíduo que presta carinho, dedicação e atenção em forma de serviço, remunerado ou não.^{6,7}

Ocorre que, as atividades atribuídas ao cuidador podem levar a sobrecargas, devido ao trabalho exaustivo que realizam, como por exemplo atividades básicas como: banho, vestuário, alimentação até assistência econômica e emotiva. Com isso, o cuidador pode também apresentar problemas físicos, que seriam: cefaleia tensional, alteração de sono, dores osteomioarticulares e fadiga; além de sentimentos de insatisfação, medo, tristeza, estresse e outros. Deste modo, o cuidador pode apresentar uma redução de sua qualidade de vida.^{8,9}

O termo qualidade de vida vem sendo largamente utilizado, por leigos e profissionais diversos, sendo conceituado pelo grupo WHOQOL (World Health Organization Quality of Life Group), como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.¹⁰

Desta maneira, a qualidade de vida seria o resultado de parâmetros objetivos e subjetivos. Nos fatores objetivos caberiam situações de moradia, saneamento básico, transporte, alimentação e outros. Já os fatores subjetivos, estão relacionados ao significado diferenciado que cada pessoa tem em relação as situações objetivas. Esse sentido estaria atrelado a cultura, dinâmica familiar, experiências vividas, zona de moradia e ao meio social.^{6,11,12}

Com isso, a finalidade desta pesquisa foi analisar a qualidade de vida de portadores de gonartrose e compará-la com a dos seus cuidadores familiares.

MÉTODOS

Tratou-se de uma pesquisa quantitativa, do tipo observacional, descritivo e de corte transversal vinculada a UNICAP, ao Centro de Ciências Biológicas e Saúde e ao curso de Fisioterapia. Ligada ainda, ao projeto de pesquisa: Recursos de Avaliação e Intervenção Fisioterapêutico em Alterações Osteomioarticulares na Saúde de Indivíduos Adultos e Idosos, com o número de aprovação 226. 764.

A pesquisa foi realizada no Hospital Getúlio Vargas, situado no município de Recife-PE; e na Clínica escola Corpore

Sano da UNICAP, também situada na cidade do Recife-PE; nos meses de janeiro a abril do ano de 2014. Para tanto, contamos com a participação de idosos de ambos os sexos, portadores de gonartrose e seus respectivos cuidadores.

Foram incluídos os idosos com 60 anos ou mais; de ambos os sexos; com diagnóstico médico de osteoartrose de joelho, que estiveram realizando tratamento fisioterapêutico há pelo menos dois meses e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Quanto aos cuidadores foram inseridos: os de idade a partir de 18 anos, de ambos os sexos e que eram familiares dos idosos inclusos na pesquisa. No entanto, ficaram excluídos em ambos os casos: os indivíduos que apresentaram comprometimento cognitivo, que os impediriam de responder os questionários; aqueles com perda de visão, audição; e outras doenças associadas que comprometessem a sua qualidade de vida, bem como associação com patologias prévias como amputação, sequelas de traumas e presença de deformidade.

Inicialmente foi feita uma palestra explicativa expondo ao paciente e ao seu cuidador como consistiriam as coletas de informações e os pontos que seriam avaliados; ressaltando, sobretudo, os benefícios que os resultados poderiam trazer na qualidade da saúde do senescente e do seu cuidador. Cabe salientar que, tais voluntários deveriam assinar o TCLE, dando o seu consentimento para participar da pesquisa.

No segundo momento foi aplicado um questionário sócio demográfico, que informava sobre dados como: sexo (masculino e feminino), idade (18 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos, acima de 70 anos), IMC (baixo peso, eutrofismo, sobrepeso e obeso), exercício físico (sim ou não) e principais doenças associadas (hipertensão, diabetes melitus, outras; com a finalidade de traçar o perfil de dados dos pesquisados.

E no terceiro momento, foram executados os questionários SF-36 (Medical Outcomes Study 36- Item Short- Form Health Survey) e o instrumento produzido pela organização mundial de saúde – WHOQOL- Bref (World Health Organization Quality of Life – Bref); com o intuito de coletar informações relevantes no embasamento científico da avaliação da qualidade de vida dos voluntários. Foram utilizados dois questionários de avaliação de qualidade de vida pois estes avaliam o indivíduo de maneira diferente; o SF-36 avalia a qualidade de vida de forma mais global sem um tempo específico enquanto o WHOQOL-BREF avalia as duas últimas semanas.

Se faz necessário esclarecer que, o questionário genérico de qualidade de vida, o SF-36, é um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em oito escalas ou componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Possuindo um escore final de 0 a 100, na qual 0 refere-se ao pior estado de saúde e 100 ao melhor estado de saúde.¹³

Já o questionário WHOQOL- Bref contém 26 questões, sendo duas gerais. A primeira diz respeito a qualidade de vida de modo geral e à segunda, como o paciente enxerga a própria saúde. Essas duas questões serão calculadas juntamente para fornecer um escore. E as outras 24 estão divididas em domínios físicos, psicológicos, relações sociais e do ambiente, onde cada faceta é resultado através de uma escala de Likert (1 a 5), invertidos nas questões 3, 4 e 26 (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1). Ao final, os escores de cada domínio varia numa escala de 0 a 10014.

Realizou-se uma análise descritiva para expor os resultados através de gráficos e tabelas. Para testar as variáveis qualitativas utilizou-se o teste exato de Fisher, em relação à análise quanti-

tativa foram utilizados os testes não paramétricos de Wilcoxon, Man-Whitney ou de Kruskal-Wallis. Também, para verificação da suposição de normalidade foi aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov. Por fim, a análise foi feita no SPSS v 8.0 sendo tomadas como nível de significância 0,05 (5%).

RESULTADOS

De acordo com a tabela 1, podemos observar que o número de idosos pesquisados foi 9, dos quais 88,9% eram do sexo fe-

minino, com média de idade de $69,33 \pm 8,44$ anos; sendo 44,4% obesos e 55,5% não praticavam atividade física. Neste grupo, as doenças associadas mais citadas foram: hipertensão (77,8%), diabetes mellitus (22,2%) e outras (88,9%).

Já os cuidadores, em sua maioria, foram do sexo feminino, com uma média de idade de $51,44 \pm 9,88$ anos, dos quais 66,7% não praticavam atividade física e 22,2% eram obesos. Quanto às doenças referidas pelos cuidadores, foram: hipertensão (33,3%), diabetes mellitus (22,2%) e outras (33,3%).

Tabela 1 – Distribuição das características sócio-demográficas de idosos com osteoartrose de joelho e seus respectivos cuidadores.

	Cuidador		Idoso		P
	N	%	N	%	
Sexo					
Masculino	3	33,3	1	11,1	0,576
Feminino	6	66,7	8	88,9	
Faixa etária					
30 – 39	2	22,2	0	0,0	0,004
40 – 49	2	22,2	0	0,0	
50 – 59	3	33,3	0	0,0	
60 – 69	2	22,2	5	55,6	
70 ou +	0	0,0	4	44,4	
IMC					
Baixo peso	1	11,1	0	0,0	0,582
Eutrofismo	3	33,3	4	44,4	
Sobrepeso	3	33,3	1	11,1	
Obeso	2	22,2	4	44,4	

Prática de exercícios físicos

Sim	3	33,3	4	44,4	
Não	6	66,7	5	55,6	1,000

Grau de parentesco

Esposo(a)	2	22,2	0	0,0	
Filho(a)	6	66,7	0	0,0	
Primo(a)	1	11,1	0	0,0	-

Doenças associadas

Sim	6	66,7	9	100,0	
Não	3	33,3	0	0,0	0,206

Principais doenças associadas

Hipertensão	3	33,3	7	77,8	0,153
Diabetes melitus	2	22,2	2	22,2	1,000
Outras	3	33,3	8	88,9	0,050

A tabela 2, apresenta a distribuição dos idosos com osteoartrose de joelho e seus respectivos cuidadores quanto a idade, peso, altura e IMC. Nesta verifica-se que a idade média dos idosos foi de $69,33 \pm 8,44$ anos, que o peso médio foi de $73,22 \pm 8,74$ kg, a altura foi de $1,64 \pm 0,10$ m e que o IMC de $27,35 \pm 3,92$.

Já entre os cuidadores a idade média foi de $51,44 \pm 9,88$ anos, o peso médio de $68,56 \pm 14,74$ kg, a altura de $1,65 \pm 0,07$ m e o IMC de $25,39 \pm 5,79$. Destaca-se ainda que, os idosos são significativamente mais velhos que seus cuidadores ($p=0,004$).

Tabela 2 – Distribuição dos idosos com osteoartrose de joelho e seus respectivos cuidadores quanto a idade, peso, altura e IMC.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio	P
Idade						
Cuidadores	9	38,00	66,00	51,44	9,98	
Idosos	9	60,00	83,00	69,33	8,44	0,004
Peso						
Cuidadores	9	47,00	90,00	68,56	14,74	
Idosos	9	62,00	87,00	73,22	8,74	0,489
Altura						
Cuidadores	9	1,57	1,80	1,65	0,07	
Idosos	9	1,42	1,73	1,64	0,10	0,605
IMC						
Cuidadores	9	16,85	35,60	25,39	5,79	
Idosos	9	23,38	32,24	27,35	3,92	0,436

A tabela 3, exibe os resultados da análise dos domínios de qualidade de vida do SF-36 entre idosos com osteoartrose de joelho e seus respectivos cuidadores. Nesta foram vistas, diferenças significantes para os domínios de capacidade funcional,

aspectos físicos, dor e aspectos emocionais. Sendo essas em média significativamente maiores entre os cuidadores, indicando assim melhor qualidade de vida para esses indivíduos quando comparados com os idosos.

Tabela 3 – Análise dos domínios de qualidade de vida do SF-36 entre idosos com osteoartrose de joelho e seus respectivos cuidadores.

SF-36	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio	P
Capacidade funcional						
Cuidadores	9	15,00	100,00	68,89	32,96	
Idosos	9	5,00	40,00	22,22	11,49	0,013
Aspectos físicos						
Cuidadores	9	0,00	100,00	52,78	47,51	
Idosos	9	0,00	7,00	1,22	2,54	0,026
Dor						
Cuidadores	9	20,00	100,00	63,44	29,37	
Idosos	9	10,00	61,00	34,39	16,44	0,035
Estado geral de saúde						
Cuidadores	9	32,00	87,00	54,33	17,41	
Idosos	9	15,00	77,00	45,33	23,87	0,514
Vitalidade						
Cuidadores	9	30,00	95,00	58,33	20,16	
Idosos	9	30,00	100,00	57,78	18,73	0,767
Aspectos sociais						
Cuidadores	9	50,00	100,00	80,56	23,48	
Idosos	9	25,00	100,00	66,67	29,97	0,176
Aspectos emocionais						
Cuidadores	9	0,00	100,00	66,67	40,82	
Idosos	9	0,00	100,00	22,22	33,33	0,033
Saúde mental						
Cuidadores	9	8,00	100,00	63,56	26,64	
Idosos	9	36,00	76,00	56,00	12,65	0,342

A tabela 4, expõe os resultados da análise dos domínios de qualidade de vida do WHOQOL-BREF entre idosos com os-

teoartrose de joelho e seus respectivos cuidadores. Nesta não foram verificadas diferenças significantes.

Tabela 4 – Análise dos domínios de qualidade de vida do WHOQOL-BREF entre idosos com osteoartrose de joelho e seus respectivos cuidadores.

WHOQOL-BREF	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio	p
Físico						
Cuidador	9	39,29	78,57	59,52	12,75	
Idoso	9	3,57	82,14	47,62	22,87	0,141
Psicológico						
Cuidador	9	54,17	87,50	65,74	13,14	
Idoso	9	12,50	83,33	52,31	20,42	0,075
Social						
Cuidador	9	33,33	83,33	59,26	16,37	
Idoso	9	16,67	100,00	66,67	26,02	0,497
Meio ambiente						
Cuidador	9	40,63	65,63	49,31	9,73	
Idoso	9	12,50	75,00	47,22	16,86	0,866

DISCUSSÃO

A predominância feminina entre e idosos, confirmam dados da literatura, onde estaria associado a uma maior longevidade deste sexo, isto porque, as mulheres têm maiores cuidados com a saúde, se expõem menos a situações de riscos, além de adotarem melhores hábitos de vida, como menor consumo de bebidas alcoólicas e de cigarros.^{16,17}

Corroborando com esta pesquisa Torres et al.17 em um estudo do tipo analítico no interior da Bahia, utilizaram uma amostra de 150 idosos, dos quais 68,6% eram do sexo feminino. Ainda ratificando a prevalência feminina, Cunha et al.18 realizaram um estudo transversal e descritivo, sobre a influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos, foram estudados 50 pacientes dos quais 76% eram mulheres.

Em relação aos cuidadores, seguindo a mesma justificativa a respeito do maior contingente de mulheres em comparação aos homens, Amendola et al.19 verificaram que a maioria dos cuidadores eram em sua maior parte, mulheres (83,3%). Assim como, Gonçalves et al.20 em sua pesquisa realizada em Florianópolis, onde num grupo 115 familiares cuidadores, notou-se que a média de mulheres era de 84,3%.

Ainda ficou evidenciado na presente pesquisa que, a maioria dos cuidadores foram significativamente mais jovens que os idosos e que eram, sobretudo filhos, seguido de cônjuges e primo. Confirmando este fato Amendola et al.19 demonstraram que os cuidadores eram em sua maior parte filhos (37,9%) e com idade de 50,5 anos, e os idosos tinham uma idade média de 63,45 anos. Dentre os estudos pesquisados demonstra-se que os cuidadores são geralmente indivíduos de meia idade, conforme

Flores et al.²¹ onde notou-se entre eles uma faixa etária entre 30 a 39 anos. No entanto, Rodrigues⁸, em seu estudo, revelou outro fato, no qual idosos que cuidavam de idosos mais dependentes, eles eram formados por cônjuges com idades equiparadas aos dos idosos de 68 a 81 anos.

Em relação ao índice de massa corpórea elevado, resulta num risco aumentado de morbidade, onde este risco se eleva quando o IMC passa da normalidade (IMC= 18,5 a 24,9 kg/m²), para o sobrepeso (25 a 29,9 kg/m²) ou obesidade (IMC> 30kg/m²).²²

Corroborando com esta pesquisa, Alves et al. 6 em um estudo transversal envolvendo 40 idosos com osteoartrose de joelho, demonstraram que o IMC teve uma média de 28,35 kg/m². Contrapondo este relato, Rauen et al.²³ observaram que, em uma amostra de 167 idosos institucionalizados em Florianópolis, o IMC médio entre os homens foi de 22,4 kg/m² e 24,5 kg/m² para mulheres. Estas divergências entre os estudos podem ser explicadas, devido as duas situações diferentes, uma com idosos não institucionalizados e outra com idosos institucionalizados.

Acredita-se que, os idosos institucionalizados por estarem longe do seio familiar, possa apresentar depressão, o que em alguns estudos foram significativamente associados ao baixo peso.^{24,25,26}

Em relação aos dos cuidadores, confirmando a nossa pesquisa, Murta et al.²⁷ em um estudo transversal com análise descritiva realizado com cuidadores informais, demonstraram que um elevado percentual de indivíduos estava com sobrepeso (29,6%) e obesos (14,8%). Nesse caso, percebe-se que em ambas as pesquisas, que a maioria dos cuidadores não realizavam exercícios físicos, 42,8% raramente e 66,7% não praticavam, respectivamente, o que pode ter favorecido a elevação da massa corporal desses indivíduos.

A obesidade se constitui um fator de risco para doenças como hipertensão e diabetes não-insulino dependente. Ressalta-se que para o idoso portador de osteoartrose, a presença de citocinas associadas ao tecido adiposo pode levar a destruição direta da articulação do joelho.²⁸

Diferente do nosso estudo, quanto ao exercício físico Toscano et al.²⁹ obteve em uma amostra de 238 idosos, uma percentagem de 65% de indivíduos ativas. O que resultou em maior autonomia em suas atividades cotidianas.

No caso dos cuidadores, pela escassez da literatura, comparamos a atividade física de cuidadores de doentes com Alzheimer, realizado por Cruz et al.³⁰ com a presente pesquisa. Nestes verificamos semelhança, pois em ambos os casos a maior parte dos cuidadores, não realizavam exercício físico 58,7% e 66,7% respectivamente.

Observou-se ainda, que os cuidadores tiveram um percentual maior de sedentários em comparação com os idosos, porém seria importante o estímulo à prática de exercício em ambos os casos, pois ela promove a redução da pressão arterial, diminui o percentual de gordura, aumenta a força muscular e a amplitude de movimento.³¹

Concernente à comparação entre os idosos e cuidadores quanto a qualidade de vida através do questionário SF-36, obteve-se uma diferença significativa nos domínios capacidade funcional (p = 0,013), aspectos físicos (P = 0,026), dor (p = 0,035) e aspectos emocionais (p = 0,033).

Contestando o presente estudo, Toscano et al.²⁹ apresentou melhores resultados entre os idosos nos domínios

capacidade funcional (58,9), aspectos físicos (67,4), dor (59,9), estado geral de saúde (61,9), vitalidade (67,2), aspectos emocionais (75,1) e estado geral de saúde (61,9).

Acredita-se que a capacidade funcional, reduzida em idosos faz parte do processo natural do envelhecimento, em que estariam ligadas as alterações que acometem, sobretudo, o sistema musculoesquelético, ósseo e nervoso; desta forma, trazendo consequências negativas nas atividades de vida diária.⁸

Quanto ao aspecto físico ter sido menor entre os idosos quando comparado aos cuidadores, pode ser entendido, porque o ancião em geral sofre à deterioração motora, déficit visual e auditivo, redução de equilíbrio, diminuição da força muscular entre outros³². No caso, da pesquisa de Toscano et al.²⁹ o que se observa é que os idosos realizavam atividades de alongamento, dança e ginástica localizada, fazendo desta forma, com que esses indivíduos possuíssem um melhor aspecto físico.

Reforçando isso, Campolina et al.⁴, expuseram sobre o impacto das doenças crônicas na vida de idosos da comunidade de SP, revelando uma redução da qualidade de vida do ancião em todos os domínios do questionário SF-36, exceto nos aspectos emocionais. Para tanto, os estudiosos explicaram que o comprometimento menor dos aspectos emocionais se deve a exclusão de pacientes com problemas cognitivos. No entanto, na atual pesquisa mesmo com a ausência de indivíduos com alterações cognitivas, verificou-se uma diminuição significativa nesta categoria. Nesta percepção, segundo Cunha et al.¹⁸ as doenças crônicas podem levar a depressão, incapacidade física, afastamento social, desesperança, mudança de sexualidade e sentimento de morte; afetando, assim, a qualidade de vida.

Em relação aos que cuidam, Ferreira et al.³³ expuseram que os cuidadores domiciliares de idosos com doenças crônicas ou impossibilitados de ir a um ambulatório, apresentaram pior pontuação no domínio aspecto emocional com média de 50,9 ± 40,5. Referente a este domínio, não foi isso que se evidenciou na atual pesquisa. Admite-se como possível justificativa, ao fato de os cuidadores do nosso estudo ser familiares dos idosos, que possui especialmente, laços matrimoniais, obrigação moral e relação de amor, o que levaria a aceitar de forma mais confortável a situação na qual está envolvida.

Pertinente à dor como já se esperava, também se observou maiores médias entre idosos (63,44 ± 29,37) quando comparado ao cuidador (34,39 ± 16,44). Esse acontecimento pode ser explicado, pois os idosos deste estudo são portadores de osteoartrose de joelho e um dos seus sintomas característicos é a dor, além de um processo inflamatório, rigidez articular e hipotonia da musculatura adjacente.³⁴

Ao utilizar os resultados do questionário WHOQOL-BREF entre idosos e seus cuidadores, não houve nenhuma diferença significativa (tabela 3). Porém, quando se compara os escores do questionário, nota-se que em todos eles houve uma média inferior entre os idosos, exceto no domínio social.

Talvez, este fato se explique, porque a idade média dos cuidadores da presente pesquisa foi de 51,44 ± 9,88 anos, já os idosos apresentaram uma média de idade de 69,33 ± 8,44 anos; desta forma, no primeiro caso, pode ter ocorrido uma maior restrição as atividades que são comuns nesta idade, como maiores probabilidades de lazer e atividades profissionais.

Comprovando isso, para Oliveira et al.³⁵ e Gratão et al.⁹, as atividades atribuídas aos cuidadores podem fazer com que até mesmo, o indivíduo recuse o lazer, a profissão e realize seu trabalho de forma ininterrupta. Ademais para Camargo³⁶, o

cuidador deixa de dar importância para sua vida e se afasta do meio social.

Corroborando com a presente pesquisa, Amendola et al. 19 realizaram um estudo com cuidadores familiares de idosos em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de SP, onde se atinou que os domínios físicos e relações sociais apresentaram escores semelhante aos nossos (66,72 e 60,86, respectivamente). No que alude aos idosos, confirmando a nossa pesquisa, Braga et al. 37 em um estudo transversal, descritivo incluiu 133 idosos residentes em Juiz de Fora-MG, onde os escores foram os seguintes: físico $60,9 \pm 11,6$; psicológico $58,3 \pm 12,8$; ambiental $55,4 \pm 11,9$ e social $74,1 \pm 16,7$.

A divergência encontrada entre as categorias do presente estudo e os escores da pesquisa de Braga et al. 37, pode estar ligada a presença de um companheiro, onde 41,35% vivem com um parceiro e no presente estudo apenas 22,2%. Isto possivelmente ocorreu, pois espera-se que um cônjuge possa levar o seu parceiro a um melhor bem-estar, que vai repercutir nos domínios psicológico, social, relação com o meio ambiente e estímulo a atividade física.

CONCLUSÃO

Assim, verificou-se que a qualidade de vida dos idosos, segundo o questionário SF-36, foi significativamente inferior à do seu cuidador, nos domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor e aspectos emocionais. Já o questionário WHOQOL-Bref, não apresentou diferenças significativas entre os idosos e seus respectivos cuidadores.

Sugerem-se mais estudos com o tema, do mesmo modo, que haja investimentos de políticas públicas para prevenção de possíveis agravos na qualidade de vida de cuidadores e melhoria no bem-estar dos idosos. Destacam-se ainda, como limitações principais do presente estudo: número de amostra reduzida, locais de pesquisa diferentes e não foi verificado quantas horas o cuidador desempenhava a sua função durante o dia.

BIBLIOGRAFIA

- Luzardo R, Gorini MIPC, Silva APSS. Características do idoso com doenças de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto Contexto Enfermagem*. 2006;15(4):587-94.
- Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev. Saúde Pública*. 1997; 31(2): 184-200.
- Uesugui HM, Fagundes DS, Pinho LM. Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores. *Rev. acta paul enferm*. 2011; 24 (5): 685-698.
- Campolina AG, Dini PS, Ciconelli RM. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade de São Paulo. *Rev.Ciêns.Saúde coletiva*. 2011; 16 (6): 2919-2925.
- Floriano LA, Azevedo RCS, Reiners AAO, Sudré MRS. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família. *Contexto Enferm*. 2012; 21 (3): 543-548.
- Alves JC, Bassit DP. Qualidade de vida e capacidade funcional de idosas com osteoartrite de joelho. *Rev. bras. Einstein*. 2013; 11 (2): 209-2015.
- Ministério da saúde. <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicações/guiapraciticodocuidador2ed.pdf> acessado em 15 de abril de 2014 às 20:35h.
- Rodrigues, SLA. A saúde de idosos que cuidam de idosos. *Rev. esc*. 2006; 40 (4): 443-500.
- Gratão ACM, Vendruscolo TRP, Talmelli LFS, Figueiredo C, Santos JLF, Rodrigues RAP. Sobrecargas e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Texto contexto enferm*. 2012; 21 (2): 304-312.
- Kluthcovsky ACEC, Kluthcovsky AF. O WHOQOL-Bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. *Rev. psiquitr*. 2009; 31 (3): suppl.
- Almeida MA, Gutierrez GL, Marques R. Qualidade de vida. 2012. Disponível em: http://each.uspenet.usp.br/edições-each/qualidade_vida.pdf acesso: 11/04/2013.
- Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev. bras. Epidemiol*. 2005; 8 (3): 246-252.
- Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Rodrigues MQ. Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev. bras. Reumatol*. 1999; 39 (3): 143-150.
- WHOQOL-Bref em <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol86.html>, acessado em 24/02/2016.
- Azevedo SF, Lopes AS, Borgatto AF, Guimarães ACA. Perspectiva do envelhecimento, atividade física e qualidade de vida de trabalhadores. *Rev. ter. ocup*. 2014; 25(1): 60-69.
- Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MERM. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Rev. Latino-am Enfermagem*. 2002;10(6):756-64.
- Torres GV, Reis AR, Reis LA, Fernandes MH. Qualidade de Vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. *J Bras Psiquiatr*. 2009; 58(1):39-44.
- Cunha LL, Mayrink WC. Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. *Rev. dor*. 2011; 12(2): 120-124.
- Amendola F, Campos MA, Alvarenga MRM. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. *Texto contexto-enferm*. 2008; 17(2): 266-272.
- Gonçalves LHT, Alvarez AM, Sena ELS, Santana LWS, Vicente FR. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto cultural de Florionópolis, SC. *Texto contexto enferm, Florionópolis*. 2006; 15(4): 570-577.
- Flores GC, Borges ZN, Dernardin-Budo ML, Mattioni FC. Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. *Rev. Gaúcha enferm*. 2010; 31(3): 467-474.
- Rezende FAC, Rosado LEFPLR, Franceschini SCC, Rosado GP, Ribeiro RCL. Aplicabilidade do índice de massa corporal. *Rev. bras. med. esport*. 2010; 16(2): 90-94.
- Rauen MS, Moreira EAM, Calvo MCM, Lobo AS. Avaliação do estado nutricional de idosos institucionalizados. *Rev. Nutr*. 2008;21(3):303-10.
- Smoliner C, Norman K, Wagner KH, Hartig W, Lochs H, Pirlich M. Malnutrition and depression in the institutionalised elderly. *Br. J. Nutri*. 2009; 102 (7): 1663-7.
- Centurión L, Aparicio VA, Ortega ARM, Rodrigues RE, López LB, López SAM. Asociación entre riesgo de desnutrición y capacidad afectiva em personas de edad avanzada institucionalizadas de la comunidad de Madrid. *Nutri. Clinic. Diet. Hosp*. 2010; 30 (2): 33-41.
- Mokhber N et al. Association between malnutrition na depression in elderly people in Razavi Khorasan: a population basead- study in Iran. *Iranian J. Public. Health*. 2011; 40 (1):1-8.
- Murta NMG, Miranda LS, Nunes NLA, Almeida TL. Perfil

- socioeconômico, nutricional e de saúde dos participantes do curso de cuidadores de idosos do vale do Jequitinhonha. *Rev. Kairós*. 2008; 11(2): 121-139.
28. Rezende UM, Campos G, Pailo A. Conceitos atuais de osteoartrite. *Rev. acta. Ortop. bras.* 2013; 21(2):120-122.
29. Toscano JJO, Oliveira ACC. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. *Rev. bras.med.esport.* 2009; 15(3): 169-173.
30. Cruz IBM, Almeida MSC, Schwanke CHA, Moriguchi EH. Prevalência de obesidade em idosos longevos e sua associação com fatores de risco e morbidades cardiovasculares. *Rev Assoc Med Bras.* 2004;50(2):172-7.
31. Rolim FS. Atividade física e os domínios da qualidade de vida e do autoconceito no processo de envelhecimento. [Dissertação]. Campinas: Universidade de Campinas/UNICAMP; 2005. 84 p.
32. Gomes GAO, Cintra FA, Diogo MJ, Neri AL, Guariento ME, Sousa MLR. Comparação entre idosos que sofreram quedas segundo desempenho físico e número de ocorrências. *Rev. bras. fisiot.* 2009; 13(5): 430-437.
33. Ferreira CG, Alexandre TS, Lemos ND. Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores de idosos em assistência domiciliária. *Rev. Saud. Soc.* 2011; 20(2): 398-409.
34. Rezende UM, Hernandez AJ, Camanho GL, Amatuzzi MM. Cartilagem articular e osteoartrose. *Rev. acta. Ortop.bras.* 2000; 8(2): 303-310.
35. Oliveira DC, D'Elboux MJ. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. *Rev. bras. enferm.* 2012; 65(5): 829-838.
36. Camargo RCVF. Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio de apoio formal. *Rev. saúd. Ment. Álc. Drog.* 2010; 6(2): 231-254;
37. 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.* 2011;14(1):93-100.