



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Escola Paulista de Enfermagem

Brasil

Pinto, Meiry Fernanda; Barbosa, Dulce Aparecida; de Lucena Ferreti, Ceres Eloah; Ferreira de Souza, Lídia; Souza Fram, Dayana; Gonçalves Silva Belasco, Angélica  
Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer  
Acta Paulista de Enfermagem, vol. 22, núm. 5, outubro, 2009, pp. 652-657  
Escola Paulista de Enfermagem  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023846009>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer\*

*Quality of life among caregivers of elders with Alzheimer's disease*

*Calidad de vida de cuidadores de ancianos con enfermedad de Alzheimer*

Meiry Fernanda Pinto<sup>1</sup>, Dulce Aparecida Barbosa<sup>2</sup>, Ceres Eloah de Lucena Ferreti<sup>3</sup>, Lúdia Ferreira de Souza<sup>4</sup>, Dayana Souza Fram<sup>1</sup>, Angélica Gonçalves Silva Belasco<sup>2</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer e relacioná-la ao Índice de Katz dos pacientes e ao escore do Inventário de Depressão de Beck dos cuidadores. **Métodos:** O estudo foi desenvolvido no Núcleo de Envelhecimento Cerebral da Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo. A amostra foi constituída, respectivamente, por 118 cuidadores e seus pacientes com doença de Alzheimer (DA). As informações coletadas nos prontuários dos pacientes foram sociodemográficas e mórbidas, Índice de Katz e Miniexame de estado mental (MEEM). Os dados do cuidador, obtidos por questionários, foram sociodemográficos e mórbidos, o SF-36 e o Inventário de Depressão de Beck (IDB). **Resultados:** Os escores mais comprometidos do SF-36 dos cuidadores foram: vitalidade (56,8) e os físicos e emocionais com 58,1, respectivamente. Houve correlação negativa entre o IDB do cuidador e o índice de Katz dos pacientes; entre o SF-36 e o IDB e as correlações positivas entre os escores do SF-36 e Índice de Katz e entre os domínios deste índice e os escores do MEEM. **Conclusão:** A qualidade de vida dos cuidadores de pacientes com DA mostrou-se alterada, podendo comprometer os cuidados por eles prestados e, evidenciou piora quando a capacidade funcional do idoso esteve mais comprometida.

**Descritores:** Cuidadores; Doença de Alzheimer; Qualidade de vida; Enfermagem familiar

## ABSTRACT.

**Objectives:** To evaluate quality of life among caregivers of elders with Alzheimer's disease and to examine the relationship between patients' quality of life score measured with the Katz Quality of Life Index and the relationship between the caregivers' quality of life measured with the SF-36 and depression score measured with the Beck Depression Inventory (BDI). **Methods:** This study was conducted in a geriatric clinic (Núcleo de Envelhecimento Cerebral) of the São Paulo Hospital of the Federal University of São Paulo. The sample consisted of 118 patients with Alzheimer's disease and their caregivers. Sociodemographic and comorbidity data and the Katz score of quality of life and the mini-mental status examination (MMSE) score of the patients with Alzheimer's disease were obtained through chart review. Data from caregivers comprised sociodemographic and comorbidity data and the SF-36 score of quality of life and the BDI score of depression. **Results:** SF-36 scores that were indicative of depression among caregivers were vitality (score = 56.8) and the scores on physical and emotional components were = 58.1, respectively. There was a significantly negative correlation between the caregivers' BDI score and the patients' Katz score, and between the caregivers' SF-36 and BDI scores. There was also a significantly positive correlation between the scores of the caregivers' SF-36 and the patients' Katz scores and between the patient's Katz and MMSE scores. **Conclusion:** The quality of life of caregivers of patients with Alzheimer's disease was compromised, which could influence the quality of care they provided to the patients. The quality of life of the caregivers got worse when the functional capacity of the elders with Alzheimer's disease was compromised.

**Keywords:** Caregivers; Alzheimer disease; Quality of life; Family nursing

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la calidad de vida de cuidadores de ancianos con enfermedad de Alzheimer y relacionarla al Índice de Katz de los pacientes y al escore del Inventario de Depresión de Beck de los cuidadores. **Métodos:** El estudio fue desarrollado en el Núcleo de Envejecimiento Cerebral de la Universidad Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo. La muestra estuvo constituída, respectivamente, por 118 cuidadores y sus pacientes con enfermedad de Alzheimer (DA). Las informaciones recolectadas en las historias clínicas de los pacientes fueron sociodemográficas y mórbidas, Índice de Katz y Mini examen del estado mental (MEEM). Los datos del cuidador, obtenidos por cuestionarios, fueron el SF-36 y el Inventario de Depresión de Beck (IDB). **Resultados:** Los escores más comprometidos del SF-36 de los cuidadores fueron: vitalidad (56,8) y los físicos y emocionales con 58,1, respectivamente. Hubo correlación negativa entre el IDB del cuidador y el índice de Katz de los pacientes; entre el SF-36 y el IDB y las correlaciones positivas entre los escores del SF-36 e Índice de Katz y entre los dominios de este índice y los escores del MEEM. **Conclusión:** La calidad de vida de los cuidadores de pacientes con DA se mostró alterada, pudiendo comprometer los cuidados prestados por ellos y, evidenció desmejoramiento cuando la capacidad funcional del anciano estuvo más comprometida.

**Descriptores:** Cuidadores; Enfermedad de Alzheimer; Calidad de vida; Enfermería de la familia

\* Estudo realizado no Núcleo de Envelhecimento Cerebral (NUDEC), Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP - São Paulo (SP), Brasil

<sup>1</sup> Pós-graduada (Mestrado) em Enfermagem pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP - São Paulo (SP), Brasil;

<sup>2</sup> Pós-doutora em Nefrologia. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo UNIFESP - São Paulo (SP), Brasil.

<sup>3</sup> Doutora em Medicina Neurociências pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP - São Paulo (SP), Brasil.

<sup>4</sup> Fisioterapeuta. Especialista em Ortopedia e Traumatologia, da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP - São Paulo (SP), Brasil.

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, entre 1950 e 2025, o número de idosos no Brasil deverá aumentar 15 vezes, enquanto as outras faixas etárias cinco vezes. O Brasil será o sexto país em contingente de idosos, em 2025, com cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais<sup>(1)</sup>.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, de 2001, refere que um e meio milhão de idosos encontram-se fragilizados no país. Entende-se por idosos fragilizados aqueles com mais de 75 anos ou os com mais de 65 anos portadores de algum tipo de comprometimento funcional<sup>(2)</sup>.

A prevalência de doenças crônicas não transmissíveis é maior entre os idosos, sendo considerada uma das principais causas de incapacidade e dependência dos mesmos. Estas limitações demandam mais recursos financeiros para a realização de reabilitação, assistência domiciliar e institucionalização por períodos, tanto mais longos quanto maior a expectativa de vida e piores as condições de saúde<sup>(3)</sup>.

Conceitos como autonomia, dependência e independência vêm sendo amplamente discutidos pelos profissionais da área de saúde que atuam com a pessoa idosa. O declínio funcional que ocorre ao longo da vida, particularmente, após os 30-40 anos, é influenciado por vários fatores como: físicos e/ou orgânicos, pela constituição genética individual, hábitos de vida, meio ambiente, condições educacionais, socioeconômicas e relações familiares. Os estados de dependência e independência, em maior ou menor grau, estão presentes ao longo do curso da vida, não sendo um atributo da pessoa com deficiência, doente, incapacitada ou idosa<sup>(4)</sup>.

A doença de Alzheimer (DA) é uma demência que afeta o idoso e compromete sua integridade física, mental e social, levando-o a dependência total na fase mais avançada da doença e exigência de cuidados, cada vez mais complexos<sup>(5)</sup>.

As demandas de cuidados produzidos pela DA e por necessidades de saúde do idoso influenciam o cotidiano do cuidador e alteram sua qualidade de vida. Para a OMS, a qualidade de vida (QV) é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto cultural e de sistemas de valores no qual vive e em relação às suas metas, expectativas, valores e preocupações<sup>(6)</sup>.

Conhecer a QV dos cuidadores e os fatores que a influenciam é imprescindível para planejar ações integrais em saúde que contemplem soluções para minimizar os efeitos danosos da sobrecarga de cuidado vivenciada por eles.

Pensando no novo perfil populacional brasileiro, padrão de envelhecimento, prevalência das doenças crônicas não transmissíveis e na crescente necessidade de

cuidados que os idosos apresentam, resolvemos realizar um estudo com o objetivo de avaliar a QV de cuidadores de idosos com DA e relacioná-la ao Índice de Katz dos pacientes e ao escore de Inventário de Depressão de Beck dos cuidadores.

## MÉTODOS

O estudo foi desenvolvido no Núcleo de Envelhecimento Cerebral (NUDEC) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Hospital São Paulo. Esta instituição é um dos centros de referência para o tratamento e dispensação de medicação para pessoas portadoras de DA.

A coleta de dados ocorreu após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP (n.º 0940/07) e autorização do NUDEC, para o início das entrevistas que ocorreram de março de 2007 a abril de 2008.

A amostra constituiu-se de 118 cuidadores, de ambos os sexos que exerciam a atividade de cuidador há, pelo menos três meses, e de seus pacientes idosos com diagnóstico de DA.

Os cuidadores foram selecionados após a análise dos prontuários dos pacientes com DA que haviam sido submetidos à avaliação do neurologista e/ou psiquiatra e/ou geriatra, do NUDEC e que preencheram os critérios clínicos de demência secundária a DA e Minixame de estado mental (MEEM) com escore entre 12 e 24 para pacientes com mais de quatro anos de escolaridade e escore entre 8 e 17 para pacientes com até quatro anos de estudo, conforme a Portaria N.º 843, de 31 de outubro de 2002<sup>(7)</sup>.

As informações do paciente foram coletadas por intermédio do prontuário e de seu cuidador. Os dados levantados foram sociodemográficos; mórbidos e a capacidade de realização das atividades da vida diária (AVD) por meio do Índice de Katz<sup>(8)</sup>.

Para o cuidador, foram aplicados questionários sobre dados sociodemográficos; mórbidos, QV por meio do questionário genérico SF-36 (Medical Outcome Study 36 - item *short-form health survey*) traduzido e validado no Brasil<sup>(9)</sup> e Inventário de Depressão de Beck (IDB) traduzido e validado no Brasil<sup>(10)</sup> para avaliação da presença ou não de depressão e seu grau. O SF-36 é um questionário genérico composto por oito dimensões (capacidade funcional, aspecto físico, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspecto social, aspecto emocional e saúde mental), e o escore de cada dimensão varia de 0 (pior estado) a 100 (melhor estado).

O IDB consiste em 21 itens que incluem sintomas e atitudes. Cada questão é formada por quatro alternativas que descrevem traços que caracterizam o quadro depressivo. As respostas variam entre 0 (ausência de sintomas) a 3 (sintomas depressivos mais acentuados).

O Índice de Katz relaciona-se com as AVD que demonstram a capacidade que o idoso possui para cuidar-se e responder por si no espaço de seu lar. Cada uma das atividades é avaliada quanto à dependência (ou não) do idoso para sua realização. O escore varia entre 0 e 18, e quanto menor a pontuação, menor a dependência.

## RESULTADOS

As características sociodemográficas dos cuidadores e dos pacientes com DA estão listadas na Tabela 1. A média de idade dos pacientes foi 79,6 anos, 77,1% eram mulheres e a maior parte viúvos ou divorciados. Os cuidadores tinham idade média de 57,4 anos, maioria do sexo feminino (85,6%) e casados. A maior parte dos cuidadores era parente (80,3%), sobretudo filha, e 72,9% moravam com o paciente.

**Tabela 1-** Características sociodemográficos de cuidadores e pacientes com Doença de Alzheimer - UNIFESP/HSP - 03/2007 a 04/2008

Características	Cuidadores (n = 118)	Pacientes (n = 118)
Idade (anos)	57,4 (25-88)	79,6 (63-93)
Sexo		
Feminino	101 (85,6%)	91 (77,1%)
Masculino	17 (14,4%)	27 (22,9%)
Cor de pele		
Branca	104 (88,1%)	106 (89,8%)
Não branca	14 (11,8%)	12 (10,2%)
Estado civil		
Casado	74 (64,3%)	45 (38,1%)
Solteiro	22 (19,1%)	3 (2,5%)
outros (viúvos / divorciados)	19 (16,5%)	70 (59,3%)
Ocupação		
Empregado	35 (29,7%)	0 (0,0%)
Autônomo	13 (11,0%)	1 (0,8%)
Desempregado	4 (3,4%)	1 (0,8%)
Do lar	28 (23,7%)	16 (13,6%)
Aposentado / pensionista	38(32,2%)	100 (84,7%)
Escolaridade		
Não letrado/ens. fundamental	12 (10,2%)	49 (41,5%)
Ensino fundamental	31 (26,3%)	59 (50,0%)
Ensino médio	42 (35,6%)	4 (3,4%)
Superior	33 (28,0%)	6 (5,1%)
Renda mensal (R\$)		
Individual	800 (0 – 5000)	418,5 (0 – 8000)
Familiar		1500 (0 – 25000)
Tipo de relacionamento		
Esposa	21 (17,9%)	
Marido	13 (11,1%)	
Filho/filha	60 (51,3%)	
Outros - parente, amigo, empregado	23 (19,6%)	

Valores expressos como média  $\pm$  DP, mediana (variação) ou número (%).

Os dados da Tabela 2 mostram comorbidades e características dos pacientes com DA e seus cuidadores. O tempo médio de DA foi de 44,4 meses, 46,6% recebiam

ajuda de outras pessoas para o cuidado. A média de tempo como cuidador foi de 42,2 meses.

**Tabela 2 -** Comorbidades e características dos pacientes com doença de Alzheimer (DA) e de seus cuidadores - UNIFESP/HSP - 03/2007 a 04/2008

Pacientes (n = 118)	
Número de doenças associadas	2 (0 - 15)
Hipertensão arterial	69 (58,57%)
Déficit visual	48 (40,7%)
Déficit de deambulação	46 (39,0%)
Diabetes	35 (29,7%)
Índice Katz	5 (0 - 18)
Tempo (meses) de diagnóstico de DA	44,4 $\pm$ 27,9
Miniexame de Estado Mental	16,0 $\pm$ 3,7
Cuidadores (n = 118)	
Apresentavam alguma doença	114 (96,6%)
Consultaram o médico pelo menos uma vez durante o último ano	3,2 $\pm$ 3,1
Faziam uso de alguma medicação	80 (67,8%)
Tempo (meses) como cuidador	42,2 $\pm$ 33,4
Horas/semana como cuidador	107,7 $\pm$ 63,0
Moravam com o paciente	86 (72,9%)
Recebem ajuda de outras pessoas para o cuidador	55 (46,6%)
Inventário de Depressão de Beck	6 (0 - 29)
Valores expressos como média $\pm$ DP, mediana (variação) ou número (%).	

Os dados da Tabela 3 comparam os valores médios de cada domínio do SF-36 dos cuidadores deste estudo com outra pesquisa realizada com cuidadores de pacientes com acidente vascular cerebral (AVC), com a população normal brasileira e de países da Europa.

**Tabela 3 -** Valores médios dos escores do SF-36 dos cuidadores deste estudo, de cuidadores de pacientes com acidente vascular cerebral, da população normal brasileira e da população normal de outros países

SF-36	Estudo*	AVC**	Brasil***	Reino Unido***	França***
CF	82,9	67,0	83,0	86,2	91,3
AF	58,1	33,0	87,0	84,6	87,8
Dor	63,6	43,0	73,0	80,9	79,5
EGS	71,1	44,0	75,0	72,0	76,7
VT	56,8	37,0	70,0	61,7	65,8
AS	63,6	51,0	84,0	88,4	83,9
AE	58,1	26,0	86,0	84,4	77,4
SM	60,3	42,0	73,0	75,1	69,3

SF-36 ("Medical Outcomes Study – 36 item Short- From Survey"). CF=capacidade funcional, AF=aspectos físicos, EGS=estado geral de saúde, VT=vitalidade, AS=aspectos sociais, AE=aspectos emocionais, SM=suporte mental; \*\*Almeida MARP et al.<sup>(19)</sup>; \*\*\*Diniz A. Qualidade de vida de pacientes com HIV positivo e indivíduos com risco para infecção pelo HIV[dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2007.

Os dados da Tabela 4 listam as variáveis que se correlacionam com dimensões do SF-36.

Os dados da Tabela 5 mostram as correlações negativas e significativas entre os domínios do SF-36 e o escore de Beck e entre o SF-36 e o Índice de Katz.

**Tabela 4** - Análise linear e de regressão múltipla das variáveis que se correlacionam com as dimensões do SF-36

SF-36	Horas/semana de cuidado (p-valor / R <sup>2</sup> )	Sexo do cuidador (p-valor / R <sup>2</sup> )	Mora com o paciente (p-valor / R <sup>2</sup> )	Total (p-valor / R <sup>2</sup> )
Capacidade Funcional	0,003 / 7,4%	0,0142 / 5,1%	0,0025 / 7,6%	0,000 / 16,6%
Aspectos Físicos	0,001 / 9,2%			0,001 / 9,2%
Dor		0,0020 / 8,1%	0,0160 / 4,9%	0,000 / 14,6%
Estado Geral de Saúde			0,0010 / 8,4%	0,0010 / 8,4%
Vitalidade		0,0040 / 7,0%	0,0020 / 7,6%	0,000 / 16,7%
Aspectos Sociais	0,0000 / 10,4%	0,0650 / 2,9%	0,0010 / 8,9%	0,000 / 17,1%
Aspectos Emocionais		0,0200 / 4,6%	0,0090 / 5,8%	0,000 / 13,1%
Saúde Mental		0,0230 / 4,4%	0,0000 / 11,3%	0,000 / 17,7%

**Nota:** No centro da tabela estão os valores dos modelos simples. O total representa o modelo múltiplo; Correlação de Spearman (R); p valor d" 0,05.

**Tabela 5** - Correlação entre os domínios do SF-36 e o escore de Beck dos cuidadores e o escore de Katz dos pacientes com Doença de Alzheimer - - UNIFESP/HSP - 03/2007 a 04/2008

SF-36 (cuidadores) n= 118		Beck (cuidadores) n= 118	Katz (pacientes) n= 118
Capacidade Funcional	R	-0,54	0,07
	p-valor	0,0000	0,4549
Aspectos Físicos	R	-0,32	-0,18
	p-valor	0,0005	0,0555
Dor	R	-0,56	-0,23
	p-valor	0,0000	0,0114
Estado Geral de Saúde	R	-0,50	-0,19
	p-valor	0,0000	0,0351
Vitalidade	R	-0,66	-0,28
	p-valor	0,0000	0,0019
Aspectos Sociais	R	-0,51	-0,18
	p-valor	0,0000	0,0575
Aspectos Emocionais	R	-0,41	-0,09
	p-valor	0,0000	0,3188
Saúde Mental	R	-0,65	-0,22
	p-valor	0,0000	0,0147

Correlação de Spearman (R); p-valor d" 0,05.

## DISCUSSÃO

Neste estudo, observamos que a idade média dos idosos com DA foi 79,6 anos; 77,1% eram do sexo feminino; viúvos e divorciados (59,3%). As médias do tempo de diagnóstico de DA, dos escores MEEM e de Atividades de Vida Diária foram, respectivamente, 44,4 meses, 16,0 pontos e 5,7 pontos.

Estudos com idosos confirmam maior prevalência de mulheres com DA. Autores ressaltam que, no Brasil, o mesmo acontece e sugerem que esta prevalência maior pode ser decorrente da mortalidade diferencial entre os sexos, inclusive, na população brasileira<sup>(11-12)</sup>.

A cada cinco anos a prevalência da DA dobra em pessoas com idades entre 65 e 85 anos, e o sexo feminino é considerado fator de risco para DA<sup>(13-14)</sup>.

Na literatura, encontramos também predominância do sexo feminino entre os cuidadores de idosos demenciados e variação da idade entre 50 e 65 anos<sup>(15)</sup> à semelhança de nossos achados.

Resultados de estudos em nosso meio mostram que a maioria das cuidadoras reside com o idoso, é casada e soma as atividades do cuidar às domésticas, gerando acúmulo de trabalho e sobrecarga nos domínios: social, físico, emocional, espiritual, contribuindo para o autodescuido e comprometimento da saúde global<sup>(16)</sup>.

Em relação ao tempo de cuidado, horas por semana dedicadas ao cuidado, quanto ao grau de parentesco nosso estudo apresenta dados similares ao de outros autores<sup>(17)</sup> que verificaram que 55,2% dos cuidadores prestavam cuidado há quatro anos, e a maioria (55,2%) referiu dedicar de 19 a 24 horas por dia à tarefa.

Cuidadores de pacientes com DA possuem maiores chances de ter sintomas psiquiátricos, problemas de saúde, maior frequência de conflitos familiares e problemas no trabalho, se comparados a pessoas da mesma idade que não exercem esse papel<sup>(1)</sup>. Até 60% dos cuidadores de pacientes com DA podem desenvolver distúrbios físicos e psicológicos, e os mais comuns são hipertensão arterial, distúrbios digestivos, respiratórios; propensão a infecções, depressão, ansiedade e insônia<sup>(18)</sup>.

Quando comparamos os escores do SF-36 obtidos na população deste estudo, com cuidadores de pacientes com AVC<sup>(19)</sup>, verificamos que todos os domínios dos cuidadores deste estudo foram superiores. Entretanto, quando os comparamos com escores da população brasileira, do Reino Unido e da França, detectamos escores inferiores nos aspectos físicos e emocionais (58,1), saúde mental (60,3), dor (63,6) e aspecto social (63,6).

Mais horas de cuidado por semana, morar com o paciente e ser do sexo feminino influenciaram negativamente a QV do cuidador. Semelhantes achados foram demonstrados por autores ao afirmar que mulheres cuidadoras costumam sofrer maior impacto, possivelmente em razão das diferenças de tarefas desempenhadas por homens e mulheres. As mulheres assumem com mais frequência tarefas desgastantes, como a higiene do paciente, além de precisarem gerenciar as tarefas domésticas<sup>(20-21)</sup>.

No presente estudo, observamos correlação positiva entre o IDB dos cuidadores e o índice de Katz dos pacientes. Altos índices de depressão em cuidadores de



pacientes com DA são evidenciados na literatura e chegam a atingir de 30% a 55% dos cuidadores, representando risco de desenvolver a doença duas a três vezes maior que o restante da população<sup>(22)</sup>.

Assim, quanto maior a pontuação do MEEM menor será sua dependência. Estudo realizado, demonstrou uma associação importante entre o declínio cognitivo e funcional de idosos com déficits cognitivos prévios e menores escores no MEEM, indicando perda progressiva da independência para desempenhar as AVD<sup>(23)</sup>.

O atual estudo mostrou que quanto maior o escore da QV dos cuidadores, menores serão os escores do Inventário de Depressão de Beck do cuidador e do Índice de Katz do paciente, resultado semelhante ao de outro estudo que refere, conforme a demência vai progredindo, o cuidador, além de se envolver em atividades da vida diária instrumentais, como administrar finanças e medicamentos, aumenta suas responsabilidades em atividades básicas, como tarefas de cuidado pessoal de higiene, banho e alimentação<sup>(24)</sup>.

Uma pesquisa realizada com cuidadores indica que cuidar de idosos dependentes traz uma variedade de efeitos adversos e reconhece o impacto emocional vivido por familiares que cuidam de pessoas com doença mental ou outros problemas decorrentes do envelhecimento<sup>(25)</sup>. Esse impacto emocional ou sobrecarga tem sido definido como: “problemas físicos, psicológicos ou emocionais, sociais e financeiros que familiares apresentam por cuidarem de idosos doentes”<sup>(26)</sup>.

Em outro estudo, o autor relata que cuidadores apresentam taxas mais altas de depressão e outros sintomas psiquiátricos. Podem ter mais problemas de saúde

que pessoas, com a mesma idade, que não são cuidadores. Além disso, os cuidadores participam menos de atividades sociais, têm mais problemas no trabalho, e apresentam maior frequência de conflitos familiares, tendo como foco a forma como cuidam do parente comum. Algumas pessoas chegam a apresentar o que tem sido chamado de “erosão do *self*”, pela forma como submergem no papel de cuidadores<sup>(27)</sup>.

## CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo permitiram concluir que a QV dos cuidadores de idosos com DA avaliados mostrou-se alterada, e os domínios do SF-36 mais afetados foram: aspecto físico e emocional (58,1), saúde mental (60,3) e dor física e aspecto social (63,6). Morar com o paciente, ser mulher e cuidar do paciente por muitas horas na semana foram variáveis que se correlacionaram com pior QV dos cuidadores.

Maior comprometimento funcional do idoso revelou escores mais elevados do IDB do cuidador, enquanto o menor escore do MEEM mostrou maior comprometimento funcional do idoso. A QV do cuidador mostrou-se pior quando a capacidade funcional do idoso esteve mais comprometida.

Diante dos resultados, entendemos que o cuidador deve ser inserido no plano de assistência ao paciente com DA, uma vez que este cuidador também começa a apresentar alterações em vários aspectos de sua saúde. Uma atenção ao cuidador garante-lhe, não só uma melhor qualidade de vida, mas, sobretudo, ao paciente com DA.

## REFERÊNCIAS

1. Cerqueira ATR, Oliveira NIL. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicol USP*. 2002;13(1):133-50.
2. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2002. Dados sobre População do Brasil, 2001 [Internet]. IBGE; 2002. [citado 2009 Jul 23]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/10102003pnad2002html.shtm>
3. Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev Saúde Pública*. 1987;21(3):211-24.
4. Santos SSC. *Enfermagem gerontogeriatrica: reflexão à ação cuidativa*. 2a. ed. São Paulo: Robe Editorial; 2001.
5. Luzardo AR, Gorini MIPC, Silva APSS. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um Serviço de Neurogeriatria. *Texto & Contexto Enferm*. 2006;15(4):587-94.
6. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.
7. Brasil. Portaria n. 843, de 31 de outubro de 2002. Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas-demência por Doença de Alzheimer-Rivastigmina Galantamina e Donepezil. Disponível em [http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/informes/SAS\\_P843\\_02informes.doc](http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/informes/SAS_P843_02informes.doc). Acesso em 25 set 2009.
8. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist*. 1970;10(1):20-30.
9. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “medical outcomes study 36 - item short-form health survey (SF-36)”. [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina; 1997.
10. Gorenstein C, Andrade LHSG. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiquiatr Clin (São Paulo)*. 1998;25(5):245-50.
11. Davim RMB, Torres GV, Dantas SMM, Lima VM. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. *Rev Latinoam Enferm*. 2004;12(3):518-24.
12. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(2):127-41.
13. Green RC. Avaliação do paciente idoso com problemas cognitivos. In: Green RC. *Diagnóstico e tratamento da*

- Doença de Alzheimer e outras demências. Rio de Janeiro: Editora de Publicações Científicas; 2001. p. 21-43.
14. Pendlebury WW, Solomon PR. Alzheimer's disease. Clin Symp. 1996;48(3):2-32. Review.
  15. Burns R, Nichols LO, Martindale-Adams J, Graney MJ, Lummus A. Primary care interventions for dementia caregivers: 2-year outcomes from the REACH study. Gerontologist. 2003;43(4):547-55.
  16. Rossetto-Mazza MMP, Lefèvre F. Cuidar em família: análise da representação social de relação do cuidador familiar com o idoso. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2005;15(1):1-10.
  17. Lemos ND, Gazzola JM, Ramos LR. Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. Saúde Soc. 2006;15(3):170-9.
  18. Engelhardt E, Dourado M, Lacks J. A doença de Alzheimer e o impacto nos cuidadores. Rev Bras Neurol. 2005;41(2):5-11.
  19. Almeida MARP, Dantas MDF, Costa SML, Moreira KLAF. Análise da sobrecarga e qualidade de vida em cuidadores de pacientes portadores de seqüelas de acidente vascular encefálico [Internet]. In: Livro de Memórias do IV Congresso Científico Norte-nordeste – CONAFF. p. 40-6. [citado 2009 Jul 22]. Disponível em: [http://www.sanny.com.br/pdf\\_eventos\\_conaff2/Artigo05.pdf](http://www.sanny.com.br/pdf_eventos_conaff2/Artigo05.pdf)
  20. Cassis SVA, Karnakis T, Moraes TA, Curiati JAE, Quadrante ACR, Magaldi RM. Correlação entre o estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência. Rev Assoc Med Bras (1992). 2007;53(6):497-501.
  21. Dunkin JJ, Anderson-Hanley C. Dementia caregiver burden: a review of the literature and guidelines for assessment and intervention. Neurology. 1998;51(1 Suppl 1):S53-60; discussion S65-7.
  22. Garrido R, Menezes PR. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. Rev Saúde Pública = J Public Health. 2004;38(6):835-41.
  23. Galasko D, Bennett D, Sano M, Ernesto C, Thomas R, Grundman M, Ferris S. An inventory to assess activities of daily living for clinical trials in Alzheimer's disease. The Alzheimer's Disease Cooperative Study. Alzheimer Dis Assoc Disord. 1997;11Suppl 2:S33-9.
  24. Haley WE. The family caregiver's role in Alzheimer's disease. Neurology. 1997;48(5 Suppl 6):S25-9.
  25. Zarit SH. Interventions with family caregivers. In: Zarit SH, Knight BG, editors. A guide to psychotherapy and aging: effective clinical interventions in a life-stage context. Washington, DC: American Psychological Association; 1997. p.139-59.
  26. Garrido R, Almeida OP. Distúrbios de comportamento em pacientes com demência: impacto sobre a vida do cuidador. Arq Neuropsiquiatr. 1999;57(2B):427-34.
  27. Zarit SH. Research perspectives on family caregiving. In: Cantor MH, editor. Family caregiving: agenda for the future. San Francisco: American Society for Aging; 1994. p. 9-24.