

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS PORTADORES DA DOENÇA DE ALZHEIMER

EVALUATION OF QUALITY OF LIFE OF INFORMAL CAREGIVERS OF ELDERLY PATIENTS WITH ALZHEIMER'S DISEASE

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE CUIDADORES INFORMALES DE PERSONAS MAYORES CON ALZHEIMER

Carina Farias dos Santos¹
Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez²

¹ Graduada em Gerontologia pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP – Brasil.

² Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de graduação em Gerontologia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP – Brasil.

Autor Correspondente: Carina Farias dos Santos. E-mail: cary_farias@yahoo.com.br
Submetido em: 07/12/2011 Aprovado em: 20/11/2013

RESUMO

O presente estudo objetivou conhecer a qualidade de vida de cuidadores informais de idosos portadores da doença de Alzheimer e verificar se existe diferença nos aspectos biopsicossociais que interferem na qualidade de vida desses cuidadores. Esta pesquisa é de caráter quantitativo. A amostra constituiu-se de 50 cuidadores informais, sendo 25 adultos e 25 idosos. Para a coleta de dados utilizaram-se os seguintes instrumentos: WHOQOL-Breve, Escala de Depressão Geriátrica e Escala de Rastreamento de Depressão e Escala de Ansiedade. Resultados referentes ao WHOQOL-Breve apresentaram pontuação superior a 60, em uma escala de zero a 100, em todos os domínios, porém, apenas no domínio do meio ambiente houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos estudados. Constatou-se que a maioria dos participantes apresentou grau médio de ansiedade, mas menos da metade obteve pontuação para depressão. Tais resultados poderão subsidiar trabalhos que visem à melhoria da qualidade de vida de cuidadores informais de idosos.

Palavras-chave: Idoso; Doença de Alzheimer; Cuidador; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

This study aims to clarify the quality of life of informal caregivers of elderly patients with Alzheimer's disease and to investigate possible differences in biopsychosocial aspects that affect the quality of life of these caregivers. This research is quantitative in nature. The sample consisted of 50 informal caregivers, being 25 adults and 25 elderly. Data collection used the following instruments: WHOQOL-BREF, Geriatric Depression Scale, Depression Screening Scale and Anxiety Scale. Results for the WHOQOL-Brief showed scores higher than 60 on a scale from 0 to 100 in all areas, but only in the environment area presented a statistically significant difference between the two groups. Less than half of the participants obtained scores for depression and most of them had average degree of anxiety. These results may support work aimed at improving the quality of life of informal caregivers of the elderly.

Keywords: Aged; Alzheimer's Disease; Caregivers; Quality of Life.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo conocer la calidad de vida de los cuidadores informales de personas mayores con enfermedad de Alzheimer y comprobar si hay diferencias entre los aspectos biopsicosociales que afectan la calidad de vida de dichos cuidadores. Esta investigación es de carácter cuantitativo. La muestra estuvo compuesta de 50 cuidadores informales, entre ellos 25 adultos y 25 personas mayores. Para la recogida de datos se utilizaron los siguientes instrumentos: WHOQOL-Breve, la escala de depresión geriátrica, la escala de seguimiento de depresión y la escala de ansiedad. Los resultados del WHOQOL-Breve fueron superiores a los 60 puntos en una escala de 0 a 100 en todos los dominios; solamente en el dominio del medio ambiente se observaron diferencias estadísticas significativas entre los dos grupos. Se constató que la mayoría de los participantes presentó grado medio de ansiedad y que menos de la mitad obtuvo alguna puntuación en depresión. Estos resultados podrían ayudar a trazar estrategias con miras a mejorar la calidad de vida de los cuidadores informales de personas mayores.

Palabras clave: Anciano, Enfermedad de Alzheimer, Cuidadores, Calidad de Vida.

INTRODUÇÃO

O aumento gradativo de idosos indica que o Brasil está em processo de envelhecimento populacional, sendo que atualmente existem cerca de 20 milhões de pessoas com mais de 60 anos.¹

No envelhecimento existe expressivo efeito da idade avançada adicionada a certos agravos de saúde que ocasionam algum grau de dependência nos idosos. Entre as ocorrências, destaca-se a doença de Alzheimer (DA) – enfermidade crônica, progressiva e degenerativa.

Dados advindos do relatório realizado pela *Alzheimer's Disease International* estimaram que 35,6 milhões de pessoas em todo o mundo viveriam com demência em 2010 e estimaram, ainda, que esse número quase duplicará a cada 20 anos, atingindo os 65,7 milhões em 2030 e os 115,4 milhões em 2050.²

Esse tipo de demência, a doença de Alzheimer, compromete a saúde do idoso como um todo, resultando na dependência para o desenvolvimento de suas atividades diárias de vida e exigindo a presença de cuidador para suprir essa incapacidade.

As estruturas familiares modernas estão menores, contudo o número de integrantes idosos tende a se elevar, tornando mais difícil o papel do cuidador, visto que a probabilidade de divisão ou de revezamento do cuidado familiar pode diminuir, pela falta de membros familiares disponíveis para tal atividade.³ Tem-se observado também o surgimento de idosos que exercem o papel de cuidador de idosos.⁴

A exaustiva tarefa de cuidar é geralmente repetitiva, contínua e, muitas vezes, uma atividade solitária e sem descanso, que pode acometer a vida psíquica do cuidador, com consequências físicas levando-o a isolamento afetivo e social.⁵ Os cuidadores ainda têm probabilidades de apresentar ansiedade, que é caracterizada pela preocupação, irritabilidade, fadiga, insônia, taquicardia, entre outros sintomas, devido à grande responsabilidade que a tarefa de cuidar pode trazer.⁶

Nessa abordagem, os indivíduos que sofrem algum transtorno de ansiedade expressam constantemente preocupação, a qual interferirá na qualidade do sono, na capacidade de atenção e de concentração, além de manifestar sintomas somáticos causados pela excitação do sistema nervoso autônomo.⁷ Logo, é importante identificar condições de ansiedade crônica para efetuar o tratamento e minimizar as consequências decorrentes do transtorno, interferindo, assim, positivamente no cuidado.

Também pode surgir a depressão, caracterizada por transtorno de humor, na qual o indivíduo apresenta sentimentos persistentes e difusos de tristeza, mudanças no apetite, distúrbios de sono, perda de energia, falta de concentração, sentimentos de culpa, desesperança, pensamentos de morte e suicídio. E, ainda, a influência dos fatores biológicos (genética), situacionais (como a morte não esperada de um familiar) e estressantes é grande desencadeadora do desenvolvimento da depressão.⁷

Frequentemente, a depressão e a ansiedade andam juntas.⁸ Sendo assim, o estresse causado pela ininterrupta tarefa de cuidar do portador da DA pode afetar a saúde e a qualidade de vida do cuidador, interferindo também na qualidade da assistência prestada.

As grandes dificuldades de definir qualidade de vida provêm da noção de autopercepção do indivíduo, ou seja, trata-se de significados desiguais, para diferentes pessoas, em diversas ocasiões ou até mesmo de significados distintos para uma mesma pessoa, dependendo do seu estado de espírito ou humor.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), desde o início da década de 1990, salientou que as medidas de qualidade de vida revestem-se de particular importância na avaliação de saúde, considerando tanto a perspectiva individual como a social.⁹

O grupo WHOQOL¹⁰ definiu qualidade de vida como a percepção da pessoa em relação à sua posição na vida, no meio social em que vive, assim como as suas expectativas, objetivos, costumes e angústias.

Na área da saúde, a qualidade de vida pode ser avaliada por parâmetros objetivos ou subjetivos, baseada na natureza biológica, clínica e epidemiológica e avaliações de indivíduos e de grupos, respectivamente, considerando-se parâmetros internos, os quais se referem às normas e às expectativas sociais de bem-estar.¹¹

Mostra-se que na realidade brasileira ainda é incipiente essa sensibilização relacionada à qualidade de vida dos cuidadores informais, uma vez que existe certo descontentamento destes. Logo, a tarefa de cuidar pode interferir na qualidade de vida do cuidador, sendo importante a realização de pesquisas, investigações e estudos que procurem atualizar os conhecimentos e fornecer informações sobre as condições do cuidador. Essas informações podem ser transformadas em fontes de contribuição para a gestão das políticas públicas e, consequentemente, colaborar para a melhoria da qualidade de vida do cuidador e do indivíduo que recebe os cuidados e, ainda, favorecer a qualidade da assistência prestada.

Este estudo teve como objetivos conhecer a qualidade de vida de cuidadores informais de idosos portadores da doença de Alzheimer; identificar aspectos biopsicossociais que interferem na qualidade de vida desses cuidadores e verificar se existe diferença nos aspectos biopsicossociais entre adultos e idosos.

PACIENTES E MÉTODO

Trata-se de estudo de abordagem quantitativa de caráter descritivo, transversal e de campo.

O projeto desta pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Para se assegurar os direitos dos participantes, foram observados integralmente os itens presentes na Resolução CNS 196/96. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O estudo foi realizado com cuidadores informais de pessoas idosas portadoras de DA, associados e/ou participantes dos grupos de apoio da Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ) da região metropolitana de São Paulo.

O instrumento de coleta de dados foi autoaplicado, sendo que na primeira parte havia perguntas relativas aos dados de identificação e aos aspectos sociodemográficos do participante e, ainda, os seguintes instrumentos: Escala de Rastreamento de Depressão CES-D – aplicada na amostra adulta, adotando-se 15 como nota de corte¹²; Escala de Depressão Geriátrica GDS-15 – usada na amostra idosa, considerando-se a nota seis para a presença de sintomas depressivos¹³; Inventário de Ansiedade Traço-Estado IDATE¹⁴ – utilizou-se a seguinte categorização: 20 a 40 pontos (baixa ansiedade), 40 a 60 pontos (média ansiedade), 60 a 80 pontos (alta ansiedade)¹⁵⁻¹⁷; e o WHOQOL-Breve para mensurar a qualidade de vida¹⁸.

As informações obtidas mediante a aplicação dos instrumentos foram submetidas à análise estatístico-descritiva. Por seu intermédio, obtiveram-se dados relativos à frequência, tendência central, dispersão e correlação, a partir dos quais foram planejados outros tratamentos estatísticos envolvendo a comparação dos sujeitos por critérios sociodemográficos e, também, pelos critérios que emergiram da análise dos resultados dos instrumentos de coleta de dados. Para alcançar os objetivos propostos, foram respeitados os parâmetros teóricos que presidiram a construção dos instrumentos utilizados.

Foi utilizado o programa EpiData® para fazer o banco de dados e para a análise estatística foi utilizado o Programa *Software Statistic Package for Social Science* (SPSS), versão 13. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ($p < 0.05$).

RESULTADOS

Participaram deste estudo 50 cuidadores informais que cuidavam de idosos portadores da DA que foram divididos em dois grupos, 25 cuidadores adultos (20 a 59 anos) e 25 cuidadores idosos (60 a 87 anos). O perfil sociodemográfico dos entrevistados está apresentado na Tabela 1.

A média das idades dos 50 cuidadores foi de 58,98 anos (com desvio-padrão de 13,48), com idade mínima de 20 anos e máxima de 87 anos, sendo que, entre os adultos, o maior número de indivíduos encontrava-se na faixa etária entre 51 e 59 anos (44%) e, entre os idosos, na faixa etária entre 71 e 79 anos (52%).

Quanto ao sexo, 82% eram mulheres, sendo que 42% eram filhas e 22% eram esposas. Também se verificou que 98% dos cuidadores eram familiares. Em relação à escolaridade, 46% dos

participantes tinham nível superior e 28% completaram o ensino médio. E sobre a renda familiar, 24% dos indivíduos referiram renda superior a 10 salários mínimos.

A Tabela 2 estabelece a presença ou ausência de cuidador com alguma doença.

Observou-se que 62% dos cuidadores relataram ter algum tipo de doença.

A Tabela 3 apresenta os resultados referentes à aplicação das escalas GDS-15 e CES-D para detectar sintomas depressivos em idosos e adultos, respectivamente.

Na escala GDS-15 obteve-se média de 3,56, com pontuação que pode variar de zero a 15. Já na escala CES-D a média foi de 17,52. Ambas as escalas tiveram o alfa de Cronbach elevado – 0,806 para GDS-15 e 0,786 para CES-D. Tais resultados indicam boa consistência interna dos instrumentos para essa amostra.

Neste estudo foi utilizado o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), para verificar o grau de ansiedade nos cuidadores, dados divulgados nas Tabelas 4 e 5.

Na Tabela 4 verificou-se que 80% dos adultos e 100% dos idosos tiveram a sua pontuação entre 40 e 60, indicando médio traço de ansiedade.

Na Tabela 5 observou-se que 72% dos adultos e 80% dos idosos apresentaram pontuação entre 40 e 60, com médio estado de ansiedade.

A Tabela 6 demonstra os resultados do WHOQOL-Breve de acordo com cada domínio proveniente dos 50 entrevistados.

A pontuação do WHOQOL-Breve pode variar de zero a 100, sendo que os índices elevados dos escores representam boa qualidade de vida. No domínio físico obteve-se a média mais elevada – 69,45 – e no domínio meio ambiente a mais baixa – 62,88.

Nota-se também que todos os domínios tiveram o alfa de Cronbach elevado, o que representa boa consistência interna do instrumento nos quatros domínios.

A comparação dos escores médios do WHOQOL-Breve entre os dois grupos estudados está apresentada na Tabela 7.

O domínio meio ambiente obteve a mais baixa média (58,38) entre os domínios.

A avaliação da qualidade de vida referida pelos cuidadores adultos e cuidadores idosos a partir do WHOQOL-Breve sinalizou que 30 (60%) indivíduos referiram possuir boa qualidade de vida e que apenas um participante (2%) declarou ter qualidade de vida muito ruim.

Em relação à avaliação respondida pelos participantes frente à satisfação com a saúde, constatou-se que 56% dos cuidadores estavam satisfeitos com a sua saúde e 18% estavam insatisfeitos – sendo que o maior número de indivíduos insatisfeitos encontrava-se no grupo dos cuidadores adultos.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico de cuidadores, São Paulo, 2008

Variáveis	Grupo Etário 1 (idade < ou = 59)		Grupo Etário 2 (idade > ou = 60)		Total	
	n=25	%	n=25	%	n=50	%
Idade (Média=58,98; DP=13,48)						
20<x≤30	2	4,0	0	0,0	2	4,0
30<x≤40	3	6,0	0	0,0	3	6,0
40<x≤50	9	18,0	0	0,0	9	18,0
50<x≤60	11	22,0	0	0,0	11	22,0
60<x≤70	0	0,0	12	24,0	12	24,0
70<x≤80	0	0,0	13	26,0	13	26,0
Sexo						
Feminino	19	76,0	22	88,0	41	82,0
Masculino	6	24,0	3	12,0	9	18,0
Escolaridade						
Ens. fundamental incompleto	3	12,0	7	28,0	10	20,0
Ens. fundamental completo	1	4,0	2	8,0	3	6,0
Ens. médio completo	7	28,0	7	28,0	14	28,0
Ens. superior completo	14	56,0	9	36,0	23	46,0
Renda						
> 1 a 2 salários mínimos	0	0,0	1	4,0	1	2,0
> 2 a 3 salários mínimos	4	16,0	1	4,0	5	10,0
> 3 a 4 salários mínimos	2	8,0	4	16,0	6	12,0
> 4 a 5 salários mínimos	3	12,0	2	8,0	5	10,0
> 5 a 10 salários mínimos	3	12,0	3	12,0	6	12,0
Mais de 10 salários mínimos	5	20,0	7	28,0	12	24,0
Não informou	8	32,0	7	28,0	15	30,0
Estado Civil						
Solteiro	11	44,0	4	16,0	15	30,0
Casado	10	40,0	20	80,0	30	60,0
Viúvo	1	4,0	0	0,0	1	2,0
Outros	3	12,0	1	4,0	4	8,0
Grau de Parentesco ou Vínculo						
Filha	16	64,0	5	20,0	21	42,0
Esposa	1	4,0	10	40,0	11	22,0
Irmã	0	0,0	5	20,0	5	10,0
Filho	5	20,0	0	0,0	5	10,0
Marido	0	0,0	3	12,0	3	6,0
Nora	1	4,0	2	8,0	3	6,0
Amigo	1	4,0	0	0,0	1	2,0
Neta	1	4,0	0	0,0	1	2,0

Tabela 2 - Identificação de portador de alguma doença. São Paulo, 2008

Variáveis	Grupo Etário 1 (idade < ou = 59)		Grupo Etário 2 (idade > ou = 60)		Total		p-valor
	n=25	%	n=25	%	n=50	%	
É portador de alguma doença?							
Sim	12	48,0	19	76,0	31	62,0	0,079 ^a
Não	13	52,0	6	24,0	19	38,0	

^a Teste Qui-Quadrado.

Tabela 3 - Escores das escalas que rastreiam sintomas depressivos entre os cuidadores. São Paulo, 2008

Escalas de Depressão	N = 50	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	Alfa de Cronbach
GDS-15	25	3,56	3,03	3,00	0,00	10,00	0,806
CES-D	25	17,52	8,76	19,00	0,00	35,00	0,786

Tabela 4 - Pontuação dos cuidadores na Escala Traço. São Paulo, 2008

Escala IDATE T	Grupo etário 1 (idade < ou = 59)		Grupo etário 2 (idade > ou = 60)		Total	
	n=25	%	n=25	%	n=50	%
Pontuação de 20 a 40	2	8	0	0	2	4
Pontuação de 40 a 60	20	80	25	100	45	90
Pontuação de 60 a 80	3	12	0	0	3	6

Tabela 5 - Pontuação dos cuidadores na Escala Traço. São Paulo, 2008

Escala IDATE E	Grupo etário 1 (idade < ou = 59)		Grupo etário 2 (idade > ou = 60)		Total	
	n=25	%	n=25	%	n=50	%
Pontuação de 20 a 40	7	28	5	20	12	24
Pontuação de 40 a 60	18	72	20	80	38	76

Tabela 6 - Escores do WHOQOL-Breve obtidos de todos os cuidadores. São Paulo, 2008

Domínios	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	Alfa de Cronbach
Físico	69,45	14,22	69,65	35,71	96,43	0,735
Psicológico	66,75	15,46	68,75	29,17	100,00	0,806
Relações Sociais	64,58	21,03	70,83	25,00	100,00	0,721
Meio Ambiente	62,88	13,52	65,63	28,13	90,63	0,717

Tabela 7 - Comparação dos escores médios do WHOQOL-Breve entre os dois grupos. São Paulo, 2008

Domínios	Grupo 1 (idade < ou = 59) Média e Desvio Padrão		Grupo 2 (idade > ou = 60) Média e Desvio Padrão		p-valor
	Físico	68,00	12,77	70,90	
Psicológico	63,33	16,49	70,17	13,85	0,119 ^e
Relações Sociais	59,67	22,78	69,50	18,27	0,099 ^e
Meio Ambiente	58,38	11,04	67,38	14,47	0,017 ^e

^e Teste t de Student

DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos encontrados nesta pesquisa corroboram as afirmações de outros autores ao relatarem que a maioria dos indivíduos que exercem a tarefa de cuidar no contexto familiar é do sexo feminino e geralmente são filhas ou esposas.¹⁹⁻²¹

Quanto aos cuidadores, no projeto Bambuí identificou-se que a rede de suporte social estava centrada principalmente na família e que, no caso de doenças, geralmente os filhos tinham o papel fundamental de cuidar, tomar decisões, marcar consultas e pagar as contas.²²

Entre as doenças referidas pelos participantes, destacaram-se: hipertensão, tireoidopatias, osteoporose e diabetes. A prevalência dessas doenças foi maior na amostra idosa. Salienta-se que 32,3% dos cuidadores afirmaram ter mais de uma doença. Vários estudos brasileiros também encontram dados similares.^{20, 22-26}

Somando-se todos os indivíduos que pontuaram para sintomas depressivos, independentemente da escala, estes estiveram presentes em 42% dos cuidadores. Tais achados vão ao encontro dos resultados de outros estudos relacionados à depressão em cuidadores.^{8, 19, 22, 27, 28}

Quanto às escalas de ansiedade traço-estado, verificou-se que a maioria dos adultos e todos os idosos indicaram médio traço de ansiedade e a maioria dos adultos e dos idosos manifestou médio estado de ansiedade.

Os distúrbios de comportamento dos portadores de demências têm impacto negativo na vida dos seus cuidadores, causando suscetibilidade ao desenvolvimento de quadros depressivos e ansiosos.^{8, 29, 30}

Sabe-se que o indivíduo com ansiedade também tem preocupação constante.⁷ Portanto, infere-se que os cuidadores podem manifestar ansiedade decorrente da preocupação contínua com o idoso dependente e com os cuidados prestados. Além da preocupação, pode existir a sobrecarga de trabalho do cuidador relacionada às atividades domésticas e à assistência fornecida ao idoso.

O domínio meio ambiente do WHOQOL-Breve, que obteve baixa pontuação neste estudo, refere-se à segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte.³¹

Estudo realizado com 20 cuidadores não profissionais de portadores da doença de Alzheimer, apresentou escore médio de 55,4 para o domínio físico; 46,5 para o domínio psicológico; 47,5 para o domínio relações sociais; e 54,5 para o domínio meio ambiente.³² Correlacionando esses dados com os achados neste estudo, observou-se que os cuidadores do presente estudo tiveram escores mais elevados, o que pode indicar melhor qualidade de vida.

Sabe-se que, apesar de alguns cuidadores afirmarem estar satisfeitos com a sua qualidade de vida, sentem falta de atividades de lazer.^{33, 34}

O aumento do tempo livre, principalmente na terceira idade, decorre geralmente da desobrigação do trabalho e do cuidado com os filhos, atividades que tendem a se tornar, significativamente, menos intensas nessa etapa da vida. No entanto, para os cuidadores a carga de trabalho aumenta devido às obrigações da atenção prestada ao idoso dementado, dificultando, assim, os momentos de lazer.

Embora 62% dos cuidadores desta pesquisa tenham citado algum tipo de doença e 70% deles mencionado o uso de medicamentos, no geral estão satisfeitos com a sua saúde.

Pesquisa realizada com cuidadores de idosos fragilizados revelou que 33% desses cuidadores reportaram ter boa saúde. Contudo, sabe-se que os problemas de saúde podem ou não interferir na avaliação da qualidade de vida por esta ser de caráter subjetivo.³⁵

Observou-se que, tanto na presente pesquisa quanto na realizada por Gonçalves *et al.*³⁵, a percepção da qualidade de vida foi positiva, sendo que neste estudo a maioria dos cuidadores (adultos e idosos) avaliou sua qualidade de vida como boa, não ocorrendo grandes diferenças entre os grupos etários. Verificou-se, ainda, que tanto a percepção dos cuidadores quanto a pontuação encontrada nos domínios indicam boa qualidade de vida.

O cuidado prestado a idosos com DA por seus cuidadores necessita de conhecimento e de aprimoramento de habilidades e de estratégias emocionais, pois está atrelado ao campo da subjetividade individual daquele que cuida e à própria subjetividade do cuidar/cuidado.³⁶

A partir dos resultados da presente pesquisa, torna-se relevante a importância de atuar junto aos cuidadores de idosos, de forma globalizada, atendendo às suas necessidades físicas, mentais e sociais, a fim de garantir melhoria na qualidade de vida e de lutar contra o isolamento e estigma social que a árdua tarefa do cuidar pode causar a esses indivíduos.

CONCLUSÃO

A análise dos resultados permitiu concluir que a maior parte dos cuidadores apresenta grau médio de ansiedade e menos da metade tem pontuação para sintomas depressivos. A menor pontuação refere-se ao domínio meio ambiente do WHOQOL-Breve, sendo que essa insatisfação deve-se à falta de oportunidade de participação em atividades de lazer.

Acredita-se que esses resultados subsidiarão estudos na área da Gerontologia para que possam intervir tanto na perspectiva da macrogestão relacionada às políticas públicas como da microgestão relacionada à atenção integral prestada ao ido-

so e ao seu cuidador, no sentido da melhoria da qualidade de vida de cuidadores informais de idosos.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Sínteses de Indicadores. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
2. Prince M, Jackson J. Alzheimer's Disease International (ADI). Relatório sobre a Doença de Alzheimer no mundo. Londres; 2010. 23p.
3. Torres SVS, Se EVG, Queiroz NC. Fragilidade, dependência e cuidado: desafios ao bem-estar dos idosos e de suas famílias. In: Diogo MJD, Neri AL, Cachioni M. (org.). Saúde e qualidade de vida na velhice. Campinas: Alínea; 2004. p.87-106.
4. Caldas CP. (org.) Saúde do idoso: a arte de cuidar. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interciência; 2004. p.221-4.
5. Floriani CA, Schramm FR. Cuidador do idoso com câncer avançado: um ator vulnerável. Cad Saúde Pública. 2006; 22:527-34.
6. Ramos RT. Avaliação e diagnóstico do paciente ansioso. In: Florenza OV, Caramelli P. Neuropsiquiatria geriátrica. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 423-33.
7. Gazzaniga MS, Heartherton TF. Transtornos mentais e somáticos. In: Gazzaniga MS, Heartherton TF. Ciência psicológica: mente, cérebro e comportamento. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 498 -529.
8. Rezende VL, Derchain SFM, Botega NJ, Sarian LO, Vial DL, Morais SS. Depressão e ansiedade nos cuidadores de mulheres em fase terminal de câncer de mama e ginecológico. Rev Bras Ginecol Obstet 2005; 27: 737-43.
9. Orley J, Kuyken W. Quality of life assessment: international perspectives, Heidelberg: Springer Verlag; 1994.
10. The Whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOLQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995; 41:1403-9.
11. Chachamovich E, Trentini C, Fleck MPA. Qualidade de vida em idosos: conceituação e investigação. In: Neri AL, organizador. Qualidade de vida na velhice. Campinas: Alínea; 2007. p. 61-81.
12. Silveira DX, Jorge MR. Propriedades psicométricas da escala de rastreamento populacional para depressão CES-D em populações clínicas e não clínicas de adolescentes e adultos jovens. Rev Psiq Clin. 1998; 25:251-61.
13. Paradelo EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. Rev Saúde Pública 2005; 39:918-23.
14. Fioravanti ACM. Propriedades Psicométricas do inventário de ansiedade traço-estado (IDATE) [dissertação]. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica; 2006.
15. Aragaki IMM, Silva IA, Santos JL. Traço e estado de ansiedade de nutrízes com indicadores de hipogalactia e nutrízes com galactia normal. Rev Esc Enferm USP. 2006; 40:396-403.
16. Peniche ACG. A influência da ansiedade na atividade profissional do circulante de salas de operações. Acta Paul Enferm. 2005; 18:247-52.
17. Souza JN, Chaves EC. O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. Rev Esc Enferm USP. 2005; 39:13-9.
18. Fleck MPA, Fachel O, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev Saúde Pública. 2000; 34(2):178-83.
19. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cad Saúde Pública. 2003; 19: 861-6.
20. Lebrão ML, Duarte YAO, organizadores. Sabe – saúde, bem-estar e envelhecimento: o projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem iniiial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
21. Garrido R, Menezes PR. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. Rev Saúde Pública. 2004; 38:835-41.
22. Lima e Costa MFF, Guerra HL, Firmo JOA, Uchoa E. Projeto Bambuí: um estudo epidemiológico de características sociodemográficas, suporte social e indicadores de condição de saúde dos idosos em comparação aos adultos jovens. Inf Epidemiol SUS. 2002; 11:91-105.
23. Guimarães CBM. Hipertensão arterial. In: Saldanha AL, Caldas CP, organizadores. Saúde do idoso: a arte de cuidar. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interciência; 2004. p. 231-8.
24. Liberman S. Doenças da tireóide e paratireóide. In: Py L, Freitas EV, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 787-91.
25. Pereira SEM, Mendonça LMC. Osteoporose e osteomalacia. In: Py L, Freitas EV, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 798-814.
26. Freitas EV. Diabetes mellitus. In: Py L, Freitas EV, Gorzoni ML. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 776-86.
27. Oliveira EA, Voltarelli JC, Santos MA, Mastropietro AP. Intervenção junto à família do paciente com alto risco de morte. Medicina. Ribeirão Preto; 2005; 38 (1):63-8.
28. Luzardo AR, Waldman BF. Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. Acta Sci Health Sci. 2004; 26(1):135-45.
29. Garrido R, Almeida OP. Distúrbios de comportamento em pacientes com demência: impacto sobre a vida do cuidador. Arq Neuro-Psiquiatr. 1999; 57(2B):427-34.
30. Lawal NO, Rezende CHA. O estresse em cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer. Rev Hor Ci. 2008; 1(8). [Citado em 2011 jul.01]. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/horizontecientifico/article/viewFile/4145/3092>
31. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, et al. Aplicação da versão em português do instrumento "WHOQOL-bref". Rev Saúde Pública. 2000; 34:178-83.
32. Picolli F, Pedroso M. Qualidade de vida de cuidadores não profissionais em portadores de Alzheimer. Logos. 2006; 17(1):53-62.
33. Travençolo CF. Qualidade de vida de um grupo de cuidadores familiares de portadores de doença de Alzheimer [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 2003.
34. Pimenta GMF, Carneiro da Costa MASM, Gonçalves LHT, Alvarez AM. Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(3):609-14.
35. Gonçalves LHT, Alvarez AM, Sena ELS, Santana LWS, Vicente FR. Perfil da família cuidadora de idoso/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. Texto Contexto Enferm. 2006; 15:570-7.
36. Fonseca AM, Soares E. O cuidador e os cuidados ao portador de doença de Alzheimer: contribuições à enfermagem. REME - Rev Min Enferm. 2008 out/dez; 12(4):501-7.