

## Qualidade de vida de cuidadores familiares de pacientes com demência

*Quality of life of family-caregivers of patients with dementia*

*Calidad de vida de los cuidadores familiares de pacientes con demencia*

Ana Laura Lopes Zampier  
Sabrina Martins Barroso  
Nathália de Freitas Fernandes Rezende

**RESUMO:** Este estudo teve como objetivo avaliar o perfil e a qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos com demência. Para coleta dos dados, utilizou-se o instrumento SF-36 e um questionário sociodemográfico. Foram feitas análises descritivas e correlacionais que mostraram influência da idade, escolaridade, religião, atividades físicas e percepção da dependência sobre a qualidade de vida. Constatou-se que a independência dos idosos e boas condições econômicas são aspectos importantes para a manutenção da qualidade de vida dos cuidadores.

**Palavras-chave:** Cuidadores familiares; Qualidade de vida; Demência.

**ABSTRACT:** *This study aimed to evaluate the profile and quality of life of family caregivers of elderly with demential syndroms. Data were collected using the SF-36 instrument and a sociodemographic questionnaire. Descriptive and correlational analyzes were performed that showed influence of age, schooling, religion, physical activities and perception of dependence on quality of life. It was verified that it is possible to gather that the dependence level of the patient and the good economical condition of the families are important aspects to the maintenance of the caregiver's quality of life.*

**Keywords:** *Family caregivers; Quality of life; Insanity.*

**RESUMEN:** *Eso estudio tuvo como objetivo evaluar el perfil y la calidad de vida de los cuidadores de la familia de ancianos con demencia. Para la recolección de los datos se utilizo el instrumento SF-36 y fue utilizado un cuestionario sociodemografico. Se realizaron análisis descriptivos y de correlación que mostraron influencia de la edad, la educación, la religión, la actividad física y la percepción de la dependencia en la calidad de vida. Se constato que la independencia y las buenas condiciones económicas son importantes para mantener la calidad de vida de los cuidadores.*

**Palabras clave:** *Cuidadores; Calidad de vida; Demencia.*

## Introdução

As projeções sobre as alterações populacionais indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, apresentando um contingente superior a 30 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa 13% da população geral (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2012). O grande aumento dessa população fez com que diversos dispositivos legais fossem criados, visando a promover a saúde, segurança e qualidade de vida dos idosos (Fátima e Silva, & Yazbek, 2014). Em 2003 foi criado o Estatuto do Idoso, que dispõe sobre os direitos à saúde, alimentação, previdência social, liberdade e promoção da qualidade de vida dos idosos e também prevê penas para os casos de não cumprimento de suas disposições. Uma das punições mais graves refere-se ao abandono de idosos por seus familiares ou responsáveis, o que constitui crime inafiançável (Lei n.º 10.741, 2003). A regulamentação dos direitos dos idosos é especialmente importante quando eles apresentam doenças graves e/ou crônicas. Com o avanço da idade aumenta a probabilidade do surgimento de uma doença crônica, concomitante à diminuição progressiva da capacidade e das reservas funcionais, o que pode gerar um quadro de dependência, em especial nos casos em que há surgimento de uma demência (Leonardo, *et al.*, 2014; Oliveira, Maziero, Ilha, Segabinazzi, & Schroeder, 2016).

O termo “demência”, segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition* (DSM-5), caracteriza síndromes de etiologias diversas, cujo aspecto fundamental é o prejuízo da memória, acompanhado de déficit em pelo menos outra função cognitiva (linguagem, praxia, gnosis ou funções executivas), a ponto de comprometer o funcionamento ocupacional e/ou social (APA, 2013). Tais doenças implicam a dependência funcional do idoso, que progressivamente se torna, na maior parte das vezes, incapaz de realizar atividades de vida diária. Pelo grau de dependência que geram, as síndromes demenciais são consideradas graves problemas de saúde pública, e doenças familiares, acarretando impacto em toda a estrutura familiar, repercutindo com frequência em sobrecarga aos cuidadores (Garcia, *et al.*, 2017; Santos, & Pavarini, 2010).

A demência (DA) é a principal geradora de dependência entre os idosos, e a demanda por cuidados tende a ser intensificada concomitantemente à progressão da doença. Ainda nos estágios iniciais comumente é observado prejuízo na realização das atividades da vida diária; contudo com o avanço da patologia, o comprometimento em diferentes funções cognitivas, aumenta a necessidade de cuidado e supervisão constante do idoso (Seima, Lenardt, & Caldas, 2014; Oliveira, & Caldana, 2012). Diante da condição de comprometimento funcional, a necessidade de um cuidador torna-se fundamental, sendo esse papel geralmente assumido por um membro da família (Seima, Lenardt, & Caldas, 2014).

No Brasil, estudos sobre o tema mostram que os cuidadores são, em sua maioria, do sexo feminino, especialmente esposas e filhas da pessoa dependente e que residem com o idoso (Oliveira, & Caldana, 2012; Cardoso, Sampaio, & Vilela, 2017).

Algumas pesquisas apontam que os cuidadores tendem a ser adultos ou idosos, havendo mais cuidadores na faixa de idade entre 50 e 65 anos, sem emprego formal ou que trabalham meio período e têm baixo nível econômico e educacional (Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques, & Sousa, 2012; Carretero, Garcés, Ródenas, & Sanjosé, 2009).

A definição de cuidador inclui cuidadores formais e informais. O cuidador formal é aquele que desempenha as atividades de cuidado sob algum tipo de remuneração, preferencialmente tendo se capacitado para a função. Os cuidadores informais se referem aos familiares ou afins, sem formação específica quase sempre, como cuidadores, que provêm os cuidados e auxiliam o idoso em suas atividades cotidianas, sem receber remuneração por seus serviços (Floriano, Azevedo, Reiners, & Sudré, 2012; Gratão, *et al.*, 2012).

O impacto do surgimento da doença no âmbito familiar acarreta alterações tanto na configuração familiar, perpetuando consequências em nível físico, social e emocional. Estudos que investigaram as consequências que os cuidadores familiares enfrentam ao cuidar de seus doentes, no domicílio, destacam o maior risco de sobrecarga física, emocional, social e financeira, pois as tarefas que realizam se somam a outros papéis sociais que precisam desempenhar (Marques, Teixeira, & Souza, 2012). As manifestações sintomatológicas das demências são diversificadas e mudam com o tempo, característica essa que acarreta múltiplas demandas para o cuidador. Com isso, as necessidades de cuidado, por vezes, extrapolam a capacidade das famílias, podendo levar o cuidador a um cansaço, estresse e exaustão excessivos. A sobrecarga dos cuidadores de idosos demenciados pode, ainda, afetar sua qualidade de vida (Cruz, & Hamdan, 2008; Fortes, Girofe, Neri, & Cupertino, 2008; Marques, Teixeira, & Souza, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida como a percepção do indivíduo quanto a 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. É um conceito amplo, que abrange e relaciona o meio ambiente com os aspectos físicos e psicológicos, o nível de independência, as relações sociais e as crenças pessoais.

As tarefas atribuídas ao cuidador, a alteração da rotina e o tempo despendido no cuidado têm impacto sobre a qualidade de vida do mesmo, e alguns estudos têm mostrado que os cuidadores de idosos com demência apresentam baixa qualidade de vida (Cardoso, Almeida, Costa, Tebaldi, & Mattos, 2017; Paula, Roque, & Araújo, 2008). Conhecer a qualidade de vida dos cuidadores e os fatores que a influenciam é imprescindível para planejar ações integrais em saúde, que visem a minimizar o impacto da sobrecarga sobre os cuidadores.

Considerando a importância dos familiares cuidadores para o acompanhamento dos idosos com demência, o presente estudo investigou o perfil e a qualidade de vida de familiares cuidadores de idosos com demência ou suspeita de demência atendidos no Ambulatório de Neurologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), em Uberaba, Minas Gerais.

## Metodologia

Estudo transversal, correlacional, fundamentado na abordagem quantitativa de pesquisa. A amostra foi composta por 30 cuidadores familiares de pacientes atendidos no HC-UFTM. A composição da amostra foi determinada por amostragem aleatória simples, a partir da lista de pacientes idosos com diagnóstico ou em investigação diagnóstica para demência. Foram sorteados 68 pacientes e a cada paciente sorteado fez-se contato com os familiares cuidadores para convidá-lo a participar do estudo.

Para averiguar os dados sociodemográficos e econômicos dos cuidadores foi elaborado um questionário específico para o estudo, incluindo perguntas sobre religião, estado civil, sexo, escolaridade, nível percebido de dependência do idoso e contendo o questionário do Critério de Classificação Econômica Brasil, desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP, 2000). O Critério Brasil define seis classes econômicas: A (renda mensal média bruta familiar de R\$ 9.263,00 ou superior); B1 (renda entre R\$ 9.262,00 e R\$ 5.241,00); B2 (renda entre R\$ 5.241,00 e R\$ 2.654,00); C1 (renda entre R\$ 2.654,00 e R\$ 1.685,00); C2 (renda entre R\$ 1.147,00 e R\$ 776,00); e D (renda de R\$ 776,00 ou inferior).

Para averiguação da qualidade de vida dos cuidadores, foi utilizado o questionário *Medical Outcomes Study 36- item Short Form Health Survey (SF-36)*, traduzido e validado para o Brasil (Ciconelli, Ferraz, Santos, Meinão, & Quaresma, 1999). O SF-36 avalia 8 domínios da qualidade de vida, sendo eles: capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos emocionais, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental. Cada escala recebe um escore que varia de zero a 100. O SF-36 não possui ponto de corte estabelecido, sendo entendida que a maior pontuação representa melhor qualidade de vida. Para permitir melhor comparação dos dados, além dessa interpretação, adotou-se uma proposta que consiste na utilização da média e desvios-padrão para comparação amostral interna (Ciconelli, *et al.*, 1999). Assim, definiu-se a qualidade de vida como ruim se a pontuação obtida estivesse dois desvios-padrão abaixo da média; razoável quando estava até dois desvios-padrão da média; e boa quando a pontuação estava dois desvios-padrão acima da média da amostra.

Inicialmente o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (protocolo n.º 2663). O contato com os participantes foi realizado pessoalmente pela equipe de pesquisa, enquanto os cuidadores acompanhavam consultas no Ambulatório do HC-UFTM, ou por telefone. Dos 68 cuidadores convidados a participar do estudo, 38 recusaram, ficando a amostra finalizada com 30 cuidadores.

Os instrumentos utilizados foram aplicados em um único encontro previamente agendado com cada participante e ocorreu de modo individual, no domicílio dos cuidadores ou em local reservado. Todos os participantes foram informados quanto aos objetivos da pesquisa, e formalizaram sua anuência em participar do estudo, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em atenção às disposições éticas para pesquisas com seres humanos.

Os dados coletados foram quantificados em porcentagens, médias e desvios-padrão, visando a traçar um perfil dos cuidadores informais. Realizou-se, ainda, análise inferencial de correlação de Spearman, com significância de 5% para verificação da relação entre as características socioeconômicas dos cuidadores e a qualidade de vida.

## Resultados

A amostra foi composta apenas por mulheres ( $n = 30$ ), com média de idade de 56,97 ( $DP \pm 10,95$ ) anos, 7,87 anos de estudo ( $DP \pm 4,26$ ), o que indica que as cuidadoras possuíam em média apenas ensino fundamental e metade delas era casada (50,0%). A média de tempo atuando como cuidadora foi de 28 meses ( $DP \pm 12,16$ ). Com relação à renda, a maioria das cuidadoras (86,7%) não exercia nenhuma atividade remunerada e houve grande divisão entre as faixas econômicas (Tabela 1). Dez cuidadoras classificaram o grau de dependência dos pacientes como médio ou moderado e 12, como alto ou muito alto. A maioria das cuidadoras relatou possuir alguma religião (96,0%), sendo a religião católica a mais citada (33,3%). Das participantes que possuíam religião, 30% delas frequentavam alguma atividade religiosa semanalmente. Todas as cuidadoras entrevistadas residiam com o idoso sob os seus cuidados. Observou-se, também, que a maioria praticava alguma atividade física (53,3%).

Os resultados sobre a qualidade de vida estão apresentados nas Tabela 2 e 3. A maioria das cuidadoras apresentou qualidade de vida razoável em sete dos oito domínios avaliados. No domínio referente às Limitações por Aspectos Físicos, quase metade das participantes (43,3%) apresentou resultados considerados como bons. Em contrapartida, este domínio é o aspecto que tem maior número de cuidadoras com qualidade de vida ruim (16,7%).

As correlações observadas entre as variáveis encontram-se descritos na Tabela 4. Houve correlação positiva significativa entre aspectos emocionais e a idade ( $\rho = 0,46$ ) e entre a escolaridade dos cuidadores e o nível de dependência dos idosos ( $\rho = 0,37$ ). As cuidadoras mais velhas mostraram melhor qualidade de vida no aspecto emocional, enquanto os idosos mais comprometidos estavam sob os cuidados de pessoas com maior escolarização. Observaram-se, também, correlações negativas entre o tempo como cuidadora e os domínios da qualidade de vida limitações por aspectos físicos ( $\rho = -0,45$ ), dor ( $\rho = -0,39$ ) e aspectos emocionais ( $\rho = -0,37$ ) com o tempo de atuação como cuidadora. Além disso, os resultados também mostraram correlação negativa entre a prática de atividade física e o nível de dependência do paciente ( $\rho = -0,37$ ). Houve correlação, também, entre os domínios da qualidade de vida. O domínio saúde mostrou relação com a capacidade funcional ( $\rho = 0,37$ ) e dor ( $\rho = 0,45$ ). Houve correlação positiva entre o domínio aspectos emocionais e os domínios saúde ( $\rho = 0,54$ ) e vitalidade ( $\rho = 0,54$ ). O domínio aspectos emocionais mostrou relação significativa com a limitação por aspectos físicos ( $\rho = 0,52$ ), vitalidade ( $\rho = 0,47$ ) e aspectos sociais ( $\rho = 0,40$ ). Além disso, foram encontradas correlações entre os domínios saúde mental e saúde ( $\rho = 0,49$ ), vitalidade ( $\rho = 0,54$ ), aspectos sociais ( $\rho = 0,43$ ) e aspectos emocionais ( $\rho = 0,49$ ).

**Tabela 1: Caracterização da amostra de cuidadores de idosos demenciados**

<b>Características</b>	<b>Número de sujeitos</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	30	100%
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	06	20,0%
Casado	15	50,0%
Viúvo	05	16,6%
Divorciado	04	13,3%
<b>Religião</b>		
Nenhuma	01	03,3%
Católica	10	33,3%
Protestante	09	30,0%
Espírita	10	33,3%
<b>Nível sociodemográfico</b>		
B1	03	10,0%
B2	08	26,7%
C1	07	23,3%
C2	07	23,3%
D	05	16,7%
<b>Grau de Dependência</b>		
Baixo	08	26,7%
Médio	10	33,3%
Alto	09	30,0%
Muito Alto	03	10,0%
<b>Atividade Física</b>		
Nunca	14	46,7%
Duas vezes por semana	12	40,0%
Três vezes por semana	04	13,3%
<b>Trabalha Fora</b>		
Sim	04	13,3%
Não	26	86,7%

Fonte: Dados da pesquisa

**Tabela 2: Qualidade de vida dos cuidadores por domínios do SF-36**

	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-Padrão</b>
<b>Capacidade funcional</b>	35	100	79,00	20,56
<b>Limitação por aspectos físicos</b>	00	100	66,66	37,33
<b>Dor</b>	20	90	56,00	20,44
<b>Saúde</b>	05	100	65,86	22,70
<b>Vitalidade</b>	00	95	67,16	23,58
<b>Aspectos sociais</b>	25	100	81,25	21,21
<b>Aspectos emocionais</b>	00	100	66,66	35,01
<b>Saúde mental</b>	04	100	70,93	22,15

Fonte: Dados da pesquisa

**Tabela 3 – Qualidade de vida dos cuidadores categorizada pela média e desvio-padrão**

	<b>Bom (%)</b>	<b>Razoável (%)</b>	<b>Ruim (%)</b>
<b>Capacidade funcional</b>	26,7	66,7	6,7
<b>Limitações por aspectos físicos</b>	43,3	40,0	16,7
<b>Dor</b>	0,0	100	0,0
<b>Saúde</b>	6,7	90,0	3,3
<b>Vitalidade</b>	0,0	93,3	6,7
<b>Aspectos sociais</b>	40,0	53,3	6,7
<b>Aspectos emocionais</b>	43,3	56,7	0,0
<b>Saúde mental</b>	10,0	83,3	6,7

Fonte: Dados da pesquisa

**Tabela 4: Relações entre os dados sociodemográficos e de qualidade de vida dos cuidadores**

	Idade	Escol.	Relig.	Atuação	Atv. Física	Depen.	Cpc. Func	Lmt. Fis.	Dor	Saúde	Vital.	Apc. Soc.	Apc. Emc.
<b>Idade</b>	1,00												
<b>Escolaridade</b>	-0,12	1,00											
<b>Religião</b>	0,05	0,11	1,00										
<b>Atuação</b>	-0,01	-0,01	0,28	1,00									
<b>Atividade Física</b>	-0,24	0,12	0,22	-0,13	1,00								
<b>Dependência</b>	0,05	0,37*	0,02	0,12	0,37*	1,00							
<b>Capacidade Funcional</b>	-0,20	0,10	-0,06	-0,29	0,19	-0,02	1,00						
<b>Limitação Física</b>	0,18	-0,12	-0,40*	-0,45*	-0,27	0,11	0,20	1,00					
<b>Dor</b>	0,11	0,06	0,07	-0,39*	-0,01	-0,03	0,18	0,32	1,00				
<b>Saúde</b>	0,33	0,07	0,16	-0,08	-0,28	0,20	0,19	0,14	0,23	1,00			
<b>Vitalidade</b>	0,24	-0,11	0,19	-0,20	0,06	0,04	0,37*	0,28	0,45*	0,34	1,00		
<b>Aspecto Social</b>	0,05	-0,03	0,24	-0,10	0,07	-0,14	0,23	0,14	0,08	0,54**	0,54**	1,00	
<b>Aspecto Emocional</b>	0,46*	-0,16	-0,05	-0,37*	-0,02	0,03	0,34	0,52**	0,12	0,32	0,47**	0,40*	1,00
<b>Saúde Mental</b>	0,36	0,11	-0,10	-0,22	0,07	-0,07	0,24	0,19	0,32	0,49**	0,54**	0,43*	0,49**

Fonte: Dados da pesquisa

\*\*  $p < 0,001$ ; \*  $p \leq 0,05$ ; Escol. = Escolaridade; Relig. = Frequência em atividades religiosas; Atv. Física = Atividade Física; Depen. = Nível de Dependência do Paciente; Cpc.Func. = Capacidade Funcional; Lmt.Fis. = Limitações por aspectos físicos; Vital. = Vitalidade; Apc.Soc. = Aspectos Sociais; Apc.Emc. = Aspectos Emocionais; S.Ment. = Saúde Mental.

## Discussão

Esse estudo visou a identificar o perfil dos cuidadores familiares de idosos com demência da cidade de Uberaba, MG, e mostrou características similares nos cuidadores com as observadas em diferentes regiões do Brasil e níveis razoáveis a elevados de qualidade de vida.

O compromisso de cuidar surge por obrigação ou dever, disponibilidade de tempo ou solidariedade. Mesmo antes da regulamentação do Estatuto do Idoso, a influência histórica, os imperativos culturais e os preceitos religiosos influenciavam as famílias para que cuidassem de seus idosos, sendo essa uma responsabilidade frequentemente atribuída as mulheres (Santos, & Pavarini, 2010). No presente estudo, todos os cuidadores eram mulheres (filhas ou esposas dos idosos) e residiam junto aos idosos. Esses achados foram condizentes com o perfil dos cuidadores de idosos de pessoas com demência descritos em outros estudos, que apontaram que a maioria dos cuidadores é constituída por mulheres casadas, de baixa escolaridade e que residem no mesmo local que o do paciente por elas cuidado (Cardoso, *et al.*, 2017; Carretero, *et al.*, 2009; Oliveira, & Caldana, 2012).

O perfil identificado nos cuidadores de idosos de Uberaba também reforça o papel social historicamente determinado para as mulheres, em que se espera que elas sejam as cuidadoras principais de qualquer familiar doente ou necessitado idoso (Amendola, Oliveira, & Alvarenga, 2008). A maioria das cuidadoras de Uberaba não possuía emprego, tinha baixa escolaridade, estava próxima a também se tornarem idosos e já exerciam a função de cuidadora há mais de dois anos. A baixa escolaridade também foi observada em outros estudos com cuidadores e pode ter relação com o fato de a maior parte das cuidadoras não desempenhar atividades laborais formais (Barbosa, *et al.*, 2011; Carretero, *et al.*, 2009).

Considerando que a inserção no mercado de trabalho formal é mais difícil junto a indivíduos com baixa escolaridade, as cuidadoras podem ter encontrado dificuldade para se manter no mercado formal e, uma vez que não trabalhavam fora, a família considerou que possuíam mais tempo para assumir o papel de cuidador do idoso (Seima, Lenardt, & Caldas, 2014). A faixa etária das cuidadoras também contribui para que não tenham filhos pequenos, que demandem seus cuidados, o que, mais uma vez, pode transmitir aos demais a impressão de que dispõem de tempo livre para cuidar de alguém idoso que demanda supervisão constante (Fortes, *et al.*, 2008).

A separação entre cônjuges é relatada como frequente em situações nas quais a parceira assume o papel de cuidadora do familiar dependente (Inouye, Pedrazzani, & Pavarini, 2010). Na amostra do presente estudo, apesar de todas as cuidadoras residirem com os pacientes, metade delas eram casadas, o que pode demonstrar que a vivência como cuidadores não prejudicou suas relações. Ter um parceiro é um fator que contribui de forma positiva na maneira com que os cuidadores enfrentam as tarefas relacionadas ao cuidar, e a piora progressiva do quadro do paciente que cuidam, além de poder ser um fator que influencia positivamente a qualidade de vida (Inouye, Pedrazzani, & Pavarini, 2010; Seima, Lenardt, & Caldas, 2014).

A maioria das cuidadoras (60%) avaliou a dependência do idoso sob os seus cuidados como baixa ou moderada, o que pode indicar que os idosos ainda tinham algum grau de autonomia para realização de suas atividades de vida diária. Outra hipótese possível é a de que os cuidadores de pacientes mais debilitados podem ter se recusado a participar da pesquisa devido à sobrecarga real e subjetivamente percebida. Dos 68 cuidadores convidados para participar do estudo, 38 recusaram, alegando não ter tempo devido às tarefas relacionadas ao idoso de que cuidavam. O nível de dependência do idoso já foi identificado em estudos anteriores com a sobrecarga e falta de tempo para que o cuidador faça suas próprias atividades, interferindo com sua qualidade de vida (Pereira, & Duque, 2017). Aspecto que demonstra a existência de uma forte relação entre sobrecarga e qualidade de vida, sendo que, quanto maior a sobrecarga, pior a qualidade de vida (Pinto, *et al.*, 2009).

Embora a maior parte dos cuidadores avaliados fizesse atividades físicas (53,3%), observou-se que os cuidadores que acompanhavam pessoas mais debilitadas não as praticava. Não é possível fazer uma ligação direta entre a prática de atividades físicas e a melhor qualidade de vida, mas estudos têm demonstrado como a atividade física contribui para o desenvolvimento de fatores ligados ao convívio social e a aspectos emocionais (Santos, & Tavares, 2012), o que impacta a qualidade de vida.

Pesquisas apontam que outro fator associado a melhores condições emocionais é a prática religiosa (Oliveira, & Caldana, 2016; Oliveira, *et al.*, 2016; Panzini, & Bandeira, 2005). O desempenho de atividades religiosas relaciona-se a melhor saúde mental e física, independentemente da religião praticada (Panzini, & Bandeira, 2005). Nos cuidadores de Uberaba, pôde-se perceber que a maioria dizia ter uma religião e os que frequentavam atividades religiosas mostraram melhor qualidade de vida no domínio limitações por aspectos físicos.

No presente estudo observou-se que a maioria das cuidadoras apresentou qualidade de vida razoável em sete dos oito domínios investigados, o que difere dos resultados de outras investigações com cuidadores (Amendola, Oliveira, & Alvarenga, 2008; Oliveira, & Caldana, 2016; Pinto, *et al.*, 2009). Em contrapartida, os mesmos estudos anteriores mostraram similaridade com a presente investigação, ao apontar que cuidadores de pessoas com demência apresentavam qualidade de vida inferior à média da população geral, associando a pior qualidade de vida à sobrecarga, à mudança de rotina e ao desgaste físico e mental a que são expostos por serem cuidadores (Amendola, Oliveira, & Alvarenga, 2008; Oliveira, & Caldana, 2016; Pinto, *et al.*, 2009).

Os resultados de qualidade de vida obtidos na presente amostra podem ter se mostrado melhores pelo fato de muitos cuidadores terem suporte de um companheiro, cuidarem de idosos com nível de dependência menos intensa, manterem atividades religiosas e físicas e terem melhores condições socioeconômicas. Estudos que mostraram pior qualidade de vida foram feitos, em sua maioria, com população de classe econômica predominantemente baixa (Carretero, *et al.*, 2009; Borghi, Sassá, Atos, Decessaro, & Marcon, 2011; Santos, & Tavares, 2012), o que os diferencia dos cuidadores de Uberaba que eram em sua maioria pertencentes às classes sociais mais altas (36,7% B1 e B2) ou média (C1 – 23,3%). A renda familiar pode ser um fator que influencia a qualidade de vida, pois a renda pode consistir em uma forma de ajuda familiar para manutenção das necessidades do idoso (Santos, & Tavares, 2012). Essa renda pode ter diferentes fontes, até mesmo o próprio idoso, uma vez que a maioria dos cuidadores não exercem atividade remunerada, mas contribuem para a melhor qualidade de vida familiar.

A qualidade de vida é uma percepção complexa sobre a satisfação com as atuais condições de vida (Paula, Roque, & Araújo, 2008). A relação entre os aspectos da qualidade de vida ficou demonstrada nas correlações observadas entre os diferentes domínios, em que se percebe que aspectos físicos e emocionais se influenciam para a percepção da qualidade de vida. Para as cuidadoras de Uberaba, a vitalidade e os aspectos emocionais foram os domínios com mais relações com outros aspectos da qualidade de vida. Estudos anteriores indicaram que os domínios dor e limitações por aspectos físicos, que se relacionam à mobilidade, capacidade para desempenhar atividades do dia a dia e capacidade para o trabalho, estão ligados à autossatisfação e autorreconhecimento pelo papel desempenhado (Borghi, *et al.*, 2011).

Isso significa que familiares com níveis melhores de qualidade de vida nesses itens conseguem se perceber melhores como cuidadores, valorizando as atividades que fazem, o que reduz sua sobrecarga e contribui para melhor qualidade de vida geral.

Outros autores também relataram que, conforme a doença do paciente progride, mais debilitada se torna a saúde e a qualidade de vida do cuidador, bem como aumenta sua sobrecarga (Borghi, *et al.*, 2011). Embora não tenham sido observadas relações entre o nível de dependência dos idosos e a qualidade de vida, os resultados das cuidadoras de Uberaba mostraram relação entre o tempo como cuidador e pior qualidade de vida nos aspectos limitação física, dor e emocional. Isso indica que, quanto mais tempo o cuidador tem de atuação, mais debilitado fisicamente e mais afetado emocionalmente ele se mostrou, o que corrobora os achados de outros estudos (Amendola, Oliveira, & Alvarenga, 2008; Borghi, *et al.*, 2011; Lima, Araújo, Vieira, Teles, & Oliveira, 2017; Santos, & Tavares, 2012).

Observou-se, ainda, que cuidadoras mais velhas possuíam melhor nível de qualidade de vida no domínio aspectos emocionais. Resultado semelhante foi observado por outros autores ao avaliar cuidadores de pessoas com Doença de Alzheimer (Amendola, Oliveira, & Alvarenga, 2008). Nesse trabalho, quanto maior a idade, maior a tranquilidade e melhor desenvolvidas estavam as estratégias das cuidadoras para lidar com a sobrecarga. Outro estudo aponta que quanto menor a idade do cuidador, mais a tarefa de cuidar afetava sua vida (Ferrando, Canal, Motjé, Doutra, & Centellas, 2006). Uma explicação possível oferecida pelo autor é que os cuidadores mais jovens sofrem mais isolamento e maiores restrições sociais, o que impacta negativamente sua qualidade de vida.

## **Conclusão**

O estudo indicou que as cuidadoras familiares de idosos com demência de Uberaba apresentam perfil parecido com os de cuidadores de outras regiões do país. Mostraram, também, que tais cuidadoras têm conseguido manter um nível de qualidade de vida razoável ou bom. Fatores como melhor classe econômica, baixo ou moderado nível de dependência dos idosos e a capacidade que as cuidadoras têm de realizar atividades religiosas e físicas parecem ser de fundamental importância para a manutenção de sua qualidade de vida. Nesse sentido, políticas sociais que auxiliem na manutenção do suporte emocional e das necessidades básicas dos cuidadores poderão ser pensadas, visando a sua qualidade de vida.

Projetos que sejam capazes de promover atividades sociais para os cuidadores e demonstrar a importância de tais atividades são de grande valia para o bem-estar dessa população.

Ainda que este estudo apresente limitações metodológicas, como o reduzido tamanho da amostra e o não seguimento longitudinal dos cuidadores, esta investigação pode contribuir para ampliar os conhecimentos sobre o impacto de ser cuidador na vida de um familiar. Nesse mesmo sentido, sugere-se que novas investigações, com amostras maiores e realizados com cuidadores de pessoas com diferentes faixas etárias e patologias, possam ser feitas, para melhorar os conhecimentos sobre essa população. Além disso, estudos futuros, que incluam mais aspectos inerentes aos cuidadores, como seu estado de saúde e suas características de personalidade poderão elucidar melhor a vivência desses familiares.

## Referências

- Amendola, F., Oliveira, M. A. C., & Alvarenga, M. R. M. (2008). Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(1), 266-272. Recuperado em 21 setembro, 2017, de: <http://sociales.redalyc.org/articulo.oa?id=71417207>.
- APA. (2013). American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5*. (5ª ed.). American Psychiatric Pub.
- Associação Nacional de Empresas de Pesquisa. (2000). ABEP. *Dados com base no levantamento sócio-econômico*. Recuperado em 21 setembro, 2017, de: <http://www.abep.org/new/criterioBrasil.aspx>.
- Barbosa, A. L., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A., & Sousa, L. (2011). Caring of institutionalized elderly with dementia: skills, difficulties and needs perceived by formal caregivers. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12(1), 119-129. Recuperado em 21 setembro, 2017, de: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S164500862011000100008&lng=en&tlng=](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164500862011000100008&lng=en&tlng=).
- Borghi, A. C., Sassá, A. H., Matos, P. C. B. de, Decesaro, M. das D., & Marcon, S. S. (2011). Qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer e de seus cuidadores. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(4), 751-758. Recuperado em 21 setembro, 2017, de: doi: 10.1590/S1983-14472011000400016.
- Cardoso, L. K. B., Sampaio, T. S. O., & Vilela, A. B. A. (2017). Cuidados fornecidos por familiares relacionados à convivência com o idoso. *Revista Kairós: Gerontologia*, 20(1), 353-367. doi: 10.23925/2176-901X.2017v20i1p353-367.

Cardoso, V. B., Almeida, J. L., Costa, C. D., Tebaldi, J. B., & Mattos, F. A. (2017). A doença de Alzheimer em idosos e as consequências para cuidadores domiciliares. *Memorialidades*, 12(23), 113-149. Recuperado em 21 setembro, 2017, de: <http://periodicos.uesc.br/index.php/memorialidades/article/viewFile/1310/1107>.

Carretero, S., Garcés, J., Ródenas, F., & Sanjosé, V. (2009). The informal caregiver's burden of dependent people: Theory and empirical review. *Archives of gerontology and geriatrics*, 49(1), 74-79. doi: 10.1016/j.archger.2008.05.004.

Ciconelli, R. M., Ferraz, M. B., Santos W. Meinão, I. & Quresma, M. R. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF – 36 (Brasil SF – 36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, 39(3), 143-150. Recuperado em 21 setembro, 2017, de: [http://www.ufjf.br/renato\\_nunes/files/2014/03/Valida%C3%A7%C3%A3o-do-Question%C3%A1rio-de-qualidade-de-Vida-SF-36.pdf](http://www.ufjf.br/renato_nunes/files/2014/03/Valida%C3%A7%C3%A3o-do-Question%C3%A1rio-de-qualidade-de-Vida-SF-36.pdf).

Cruz, M. N., & Hamdan, A. C. (2008). O impacto da doença de Alzheimer no cuidador. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 223-229. Recuperado em 21 setembro, 2017, de: doi: 10.1590/S1413-73722008000200004.

*Estatuto do Idoso: Lei número 10.741, de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso.* (2003). Brasil. Senado Federal. Recuperado em 21 setembro, 2017, de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm).

Fátima e Silva, M. D. R., & Yazbek, M. C. (2014). Proteção social aos idosos: concepções, diretrizes e reconhecimento de direitos na América Latina e no Brasil. *Revista Katálysis*, 17(1), 102-110. Recuperado em 21 setembro, 2017, de: <http://sociales.redalyc.org/articulo.oa?id=179631065011>.

Ferrando, D. B., Canal, D. J., Motjé, N. B., Doltra, J., & Centellas, A. D. R. (2006). Cambios en los cuidadores informales en cuanto a estilos de vida, relaciones y alteraciones de salud mental. *Presencia*, 2(4), 1-8. Recuperado em 21 setembro, 2017, de: <http://dugi-doc.udg.edu/bitstream/handle/10256/9007/CambiosCuidadores.pdf?sequence=1>.

Floriano, L. A., Azevedo, R. C. S., Reiners, A. A. O., & Sudré, M. R. S. (2012). Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família. *Texto & contexto enfermagem*, 21(3), 543-48. Recuperado em 21 setembro, 2017, de: doi: 10.1590/S0104-07072012000300008.

Fortes, B., Girofe, A. C., Neri, A. L. & Cupertino, A. P. F. B. (2008). Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, auto-eficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 74-82. Recuperado em 21 setembro, 2017, de: doi: 10.1590/S0102-79722008000100010.

Garcia, C. R., Cipolli, G. C., Santos, J. P., Freitas, L. P., Braz, M. C., & Falcão, D. V. (2017). Cuidadores Familiares de Idosos com a Doença de Alzheimer. *Revista Kairós: Gerontologia*, 20(1), 409-426. Recuperado em 21 setembro, 2017, de: doi: 10.23925/2176-901X.2017v20i1p409-426.

Gratão, A. C. M., Vendruscolo, T. R. P., Talmelli, L. F. D. S., Figueiredo, L. C., Santos, J. L. F., & Rodrigues, R. A. P. (2012). Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21(2), 304-312. Recuperado em 21 setembro, 2017, de: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a07v21n2>.

- Inouye, K., Pedrazzani, E. S., & Pavarini, S. C. I. (2010). Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador: um estudo comparativo. *Caderno de saúde pública*, 26(5), 891-899. Recuperado em 21 setembro, 2017, de: doi: 10.1590/S0102-311X2010000500011.
- Instituto Brasileiro de Geografia, Estatística. (2002). IBGE. Departamento de População, & Indicadores Sociais. *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil, 2000*. Recuperado em 21 setembro, 2017, de: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>.
- Leonardo, K. C., Silva Talmelli, L. F., Diniz, M. A., Fhon, J. R. S., Fabricio-Wehbe, S. C. C., & Rodrigues, R. A. P. (2014). Avaliação do estado cognitivo e fragilidade em idosos mais velhos, residentes no domicílio. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 13(1), 120-127. Recuperado em 21 setembro, 2017, de: doi: 10.4025/ciencucuidaude.v13i1.20033.
- Lima, E. R., Araújo, C. M. M. de, Vieira, D. C. M., Teles, M. A. B., & Oliveira, K. C. F. (2017). As repercussões da doença de Alzheimer na vida do cuidador. *Revista de Enfermagem UFPE*, 11(2), 534-541. Recuperado em 21 dezembro, 2017, de: doi: 10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1102201707.
- Marques, M. J. F., Teixeira, H. J. C., & Souza, D. C. D. B. N. (2012). Cuidadoras informais de Portugal: vivências do cuidar de idosos. *Trab. Educ. Saúde*, 10(1), 147-159. Recuperado em 21 setembro, 2017, de: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v10n1/v10n1a09.pdf>.
- Oliveira, A. P. P., & Caldana, R. H. L. (2012). As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. *Saúde e Sociedade*, 21(3), 675-685. Recuperado em 21 setembro, 2017, de: doi: 10.1590/S0104-12902012000300013.
- Oliveira, T. I., Maziero, B. R., Ilha, S., Pacheco, L. S., & de Oliveira, F. S. (2016). Cotidiano de familiares/cuidadores de idosos com Alzheimer: contribuições do grupo de apoio. *Revista de enfermagem UFPE*, 11(2), 506-514. Recuperado em 21 setembro, 2017, de: doi: 10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1102201704.
- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2005). Escala de  *coping*  religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 507-516. Recuperado em 21 setembro, 2017, de: doi: 10.1590/S1413-73722005000300019.
- Paula, J. D. A., Roque, F. P., & Araújo, F. S. (2008). Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de demência de Alzheimer. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(4), 283-287. Recuperado em 21 setembro, 2017, de: doi: 10.1590/S0047-20852008000400011.
- Pereira, S., & Duque, E. (2017). Cuidar de Idosos Dependentes – A Sobrecarga dos Cuidadores Familiares. *Revista Kairós-Gerontologia*, 20(1), 187-202. São Paulo, SP, Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. Recuperado em 01 dezembro, 2017, de: [file:///C:/Users/Dados/Downloads/33492-90917-1-SM%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Dados/Downloads/33492-90917-1-SM%20(3).pdf).
- Pinto, M. F., Barbosa, D. A., Ferreti, L. C. E., Souza, F. L., Fram, S. D., & Gonçalves, S. B. A. (2009). Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(1), 652-657. Recuperado em 21 setembro, 2017, de: <http://sociales.redalyc.org/articulo.oa?id=307023846009>.

Santos, A. A., & Pavarini, S. C. I. (2010). Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(1), 115. Recuperado em 21 setembro, 2017, de: doi: 10.1590/S1983-14472010000100016.

Santos, N. M., & Tavares, D. M. (2012). Correlação entre qualidade de vida e morbidade do cuidador de idoso com acidente vascular encefálico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(4), 960-966. Recuperado em 21 setembro, 2017, de: doi: 10.1590/S0080-62342012000400025.

Seima, M D., Lenardt, M H., & Caldas, P. C. (2014). Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(1), 233-240. Recuperado em 21 setembro, 2017, de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267030687010>.

Recebido em 02/10/2017

Aceito em 30/06/2018

---

**Ana Laura Lopes Zampier** – Psicóloga pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG.

E-mail: [anaurazampier@gmail.com](mailto:anaurazampier@gmail.com)

**Sabrina Martins Barroso** – Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG.

E-mail: [smb.uftm@gmail.com](mailto:smb.uftm@gmail.com)

**Nathália de Freitas Fernandes Rezende** – Psicóloga. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG.

E-mail: [nathaliafcfernandes@gmail.com](mailto:nathaliafcfernandes@gmail.com)