

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
SISTEMA DE BIBLIOTECAS DA UNICAMP
REPOSITÓRIO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA E INTELECTUAL DA UNICAMP

Versão do arquivo anexado / Version of attached file:

Versão do Editor / Published Version

Mais informações no site da editora / Further information on publisher's website:

<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13668>

DOI: 0

Direitos autorais / Publisher's copyright statement:

©2014 by UERJ/Faculdade de Enfermagem. All rights reserved.

DIRETORIA DE TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Cidade Universitária Zeferino Vaz Barão Geraldo

CEP 13083-970 – Campinas SP

Fone: (19) 3521-6493

<http://www.repositorio.unicamp.br>

Qualidade de vida do cuidador do portador de Doença de Alzheimer

Quality of life of Alzheimer patients' caregivers

Calidad de vida de quien cuida del portador de Enfermedad de Alzheimer

Bruna Mantovani Bagne^I; Renata Cristina Gasparino^{II}

RESUMO: O objetivo do estudo foi avaliar a qualidade de vida do cuidador do portador da Doença de Alzheimer e sua relação com o nível de independência funcional do portador. O estudo quantitativo foi realizado no Centro de Referência ao Idoso de Jundiaí, entre os meses de maio e agosto de 2011, com 66 cuidadores, e para a coleta foram utilizados os instrumentos *World Health Organization Quality of Life – Bref* e a Medida da Independência Funcional. A qualidade de vida resultou em uma média de 65,2 pontos para o domínio físico; 57,1 para o psicológico; 62,6 para as relações sociais; 54,6 para o meio ambiente; 64 para a questão geral de qualidade de vida e 58,7 para a avaliação global da saúde. Não foi encontrada correlação significativa entre os instrumentos. A avaliação da qualidade de vida pode contribuir para a diminuição do processo de adoecimento do cuidador, através de elaboração de estratégias pelos profissionais.

Palavras-Chave: Qualidade de vida; cuidadores; Doença de Alzheimer; idoso dependente.

ABSTRACT: This research aimed at evaluating the quality of life of Alzheimer patients' caregivers and his/her relationship with patient's level of functional independence. The quantitative study was conducted with 66 caregivers, at the Support Center for Aged People in Jundiaí, São Paulo, Brazil, from May to August, 2011. Data collection was conducted on the basis of *World Health Organization Quality of Life – Bref* and Functional Independence Measure. Quality of life resulted in an average of 65.2 points for physical domain; 57.1 for psychological domain; 62.6 for social relations; 54.6 for environment; 65 for quality of life as a whole; and 58.7 for general health evaluation. No significant correlation was found out among the tools. Quality of life evaluation and development of professional strategies can help decrease caregivers' health deterioration process.

Keywords: Quality of life; caregivers; Alzheimer disease; dependent aged person.

RESUMEN: El objetivo del estudio fue evaluar la calidad de vida del cuidador dedicado al portador de la Enfermedad de Alzheimer y su relación con el nivel de independencia funcional del portador. El estudio cuantitativo fue realizado con 66 cuidadores, en el Centro de Referencia del Anciano de Jundiaí-SP-Brasil, entre los meses de mayo y agosto de 2011, y para la recolección se utilizaron los instrumentos *Calidad de Vida – Bref*, creado por la Organización Mundial de la Salud, y la Medida de Independencia Funcional. La calidad de vida resultó en un promedio de 65,2 puntos para el dominio físico; 57,1 para el psicológico; 62,6 para las relaciones sociales; 54,6 para el medio ambiente; 64 para la cuestión general de calidad de vida, y 58,7 para la evaluación global de la salud. No se encontró correlación significativa entre los instrumentos. La evaluación de la calidad de vida puede contribuir para la disminución del proceso referente a que el cuidador contraiga enfermedades, haciéndose esto mediante la elaboración de estrategias por los profesionales.

Palabras Clave: Calidad de vida; cuidadores; enfermedad de Alzheimer; anciano dependiente.

INTRODUÇÃO

O conceito de idoso está voltado para dois focos, o biológico e o instrumental. O conceito biológico envolve o processo de envelhecimento, caracterizado pela população com idade igual ou superior a 60 anos. O conceito instrumental está voltado para o foco social, associado à situação familiar, o mercado de trabalho e outros aspectos^{1,2}.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira está enve-

hecendo. A população com 60 anos ou mais corresponde a 8,6% da população total e este número pode superar 30 milhões, nos próximos 25 anos¹.

Este aumento da expectativa de vida contribuiu para o aumento dos custos com doenças crônicas, como a hipertensão arterial, transtornos vasculares, câncer e Doença de Alzheimer (DA)².

Considerando o crescente número de idosos no Brasil e no mundo, o desenvolvimento de doenças

^IEnfermeira do Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Jundiaí. Pós-Graduada em Enfermagem em Terapia Intensiva pela Faculdade de Medicina de Jundiaí. São Paulo, Brasil. E-mail: brunabagne@yahoo.com.br.

^{II}Enfermeira. Doutoranda pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas e Professora Assistente da Faculdade de Medicina de Jundiaí. São Paulo, Brasil. E-mail: regasparino@yahoo.com.br.

crônicas e o consequente aumento no número de cuidadores, destaca-se a importância em identificar os aspectos da qualidade de vida do cuidador que mais sofrem alterações, a fim de elaborar ações que minimizem esses fatores, sejam eles objetivos como os que se relacionam aos problemas ocorridos no cotidiano, como dificuldades financeiras, problemas de saúde e vizinhança ou subjetivos como os sentimentos de sobrecarga, ressentimento e exclusão³.

O presente estudo teve por objetivo avaliar a qualidade de vida do cuidador do portador de Doença de Alzheimer e sua relação com o nível de independência funcional do portador.

REVISÃO DE LITERATURA

A DA é a forma de demência mais prevalente no Brasil e pode ser conceituada como uma doença degenerativa, progressiva, irreversível e que resulta da perda de células cerebrais que compromete o comportamento mental do portador, afetando suas integridades física, mental e social e sua independência, sendo necessário, em estágios mais avançados, cuidados cada vez mais complexos⁴.

A DA é uma doença do envelhecimento mais prevalente em pessoas com mais de 60 anos. Quando atinge esta faixa etária, é chamada de senil, caracterizada pela sua evolução lenta. No entanto, a demência pode surgir logo após os 40 anos, sendo chamada de pré-senil, caracterizada por uma evolução agressiva, rápida e mais intensa⁴.

O diagnóstico é baseado na anamnese, avaliação clínica, laboratorial e de imagem. Além dessas informações podem ser utilizados testes como o mini exame do estado mental de Folstein, teste do desenho do relógio e função verbal. Todos esses exames têm a finalidade de descartar outras patologias, pois nenhum deles é conclusivo para o diagnóstico da DA⁵.

A memória recente é a mais afetada pela doença, sendo preservada a memória antiga. O ato de dirigir, manejar aparelhos e lembrar-se de lugares habituais pode ser afetado no início da demência e é neste momento que o tratamento mostra-se mais eficaz, porém, como esta fase é frequentemente confundida com o envelhecimento normal, o tratamento, muitas vezes, acaba por não ter início no momento adequado⁵.

O portador de DA pode cruzar três estágios da doença: o primeiro deles é caracterizado por perdas cognitivas com formas leves de esquecimento, perda de memória, descuido com a aparência, dificuldades para executar atividades cotidianas, desorientação no tempo e no espaço, alterações emocionais e alterações funcionais como dificuldades em executar atividades do dia a dia, necessitando da supervisão de um cuidador⁵.

O segundo estágio é caracterizado por acentuação das perdas cognitivas, como perturbação severa da perda de memória (dificuldade de reconhecer indivíduos, prejuízo de lembranças do passado, diminuição do raciocínio lógico), alterações emocionais como agressividade, incapacidade de julgamento próprio e acentuação da alteração funcional. Nesta fase, o portador já necessita do auxílio de um cuidador⁵.

O terceiro estágio é caracterizado por perda de peso, delírios e alucinações, mutismo e irritabilidade extrema. É o estágio em que o portador da demência depende totalmente de um cuidador⁵.

O conceito de cuidador ainda vem sendo discutido e, portanto, não existe um consenso em sua definição. Sendo assim, alguns autores definem cuidador como o responsável por gerenciar os recursos dos quais o paciente necessita⁴.

O cuidador desempenha uma função fundamental na vida diária dos portadores de DA, envolvendo-se em todos os métodos de cuidados e adquirindo responsabilidades adicionais durante o curso da doença. Durante a evolução da demência, torna-se necessário que o cuidador auxilie o portador em atividades de vida diária básicas, como cuidados de higiene, alimentação, administração de medicamentos e administração das finanças⁶.

Cuidar de um portador de DA não é um trabalho fácil, pois demanda tempo, energia e paciência. Os cuidadores são expostos a sobrecargas que podem ocasionar problemas sociais, físicos e psíquicos. O comprometimento da qualidade de vida dos cuidadores é bastante comum e pode ser evidenciado pela presença de depressão e exaustão devido ao progressivo desgaste^{6,7}.

Qualidade de vida pode ser definida como a percepção do indivíduo sobre sua vida, incluindo a sua cultura, expectativas e sistemas de valores. Portanto, a qualidade de vida está ligada à autoestima e ao bem-estar pessoal, entre diversos aspectos como o nível socioeconômico, o estado emocional, o suporte familiar, os valores culturais éticos, as condições de saúde, entre outros⁵.

METODOLOGIA

O estudo quantitativo, descritivo e transversal foi realizado no Centro de Referência ao Idoso de Jundiá (CRIJU), inaugurado, em 2008, com o objetivo de convergir para um único local todos os serviços e ações voltados para o idoso, atingindo a melhoria da qualidade de vida dos mesmos, complementando a rede de proteção social da cidade de Jundiá.

Foram analisados 123 prontuários de pacientes portadores de DA e 66 (53,7%) fizeram parte da amostra por atenderem aos seguintes critérios de inclusão: ser cuidador do paciente, possuir mais de 18 anos,

aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a coleta de dados, foram verificados no Sistema de Informação Municipal os dias de consultas dos portadores da demência, no ambulatório. Nestas datas, a pesquisadora compareceu ao local, procurou pelos respectivos cuidadores, esclareceu os objetivos do estudo e àqueles que atenderam aos critérios de inclusão, foram incluídos na amostra.

Os participantes foram entrevistados na sala de espera, antes ou após a consulta. Os instrumentos foram preenchidos pela própria pesquisadora devido à dificuldade de leitura de alguns participantes. A coleta de dados teve duração de quatro meses, com início em maio e término em agosto de 2011.

Os dados foram coletados somente após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Jundiaí (Protocolo 90/2011) e autorização do responsável pelo CRIJU.

Para a coleta de dados foram utilizados: a ficha de caracterização da amostra, a Medida de Independência Funcional e o instrumento da Organização Mundial da Saúde (OMS) para avaliação da qualidade de vida *World Health Organization Quality of Life Bref* (WHOQOL-Bref).

A ficha de caracterização, elaborada pelas pesquisadoras, abordou características dos pacientes (sexo, idade e tempo de diagnóstico da doença) e dos cuidadores (como sexo, idade, estado civil, parentesco, renda, ocupação, participação em grupos de apoio, tempo gasto com cuidados e tempo médio como cuidador).

A Medida de Independência Funcional (MIF) foi desenvolvida na América do Norte na década de 1980. A versão brasileira da MIF foi desenvolvida em 2000, por meio do processo de adaptação e validação cultural⁸. O instrumento é composto por 18 itens agrupados em seis dimensões: autocuidado, controle de esfíncteres, mobilidade, locomoção, comunicação e cognição social⁹.

A dimensão do autocuidado é composta por seis itens (A, B, C, D, E e F), sendo eles, alimentação, higiene pessoal, banho, vestir-se acima da cintura, vestir-se abaixo da cintura e uso do vaso sanitário⁹.

A dimensão do controle de esfíncteres é composta por dois itens (G e H), sendo eles, controle de urina e controle das fezes. A dimensão mobilidade é composta por três itens (I, J e K), sendo eles, transferência do leito para cadeira, do vaso sanitário para cadeira e do chuveiro para a cadeira⁹.

A dimensão locomoção é composta por dois itens (L e M), sendo eles, capacidade de locomoção e de subir escadas. A dimensão comunicação também é composta por dois itens (N e O), sendo eles, compreensão e expressão e a dimensão cognição social é

composta por três itens (P, Q e R), sendo eles, interação social, resolução de problemas e memória⁹.

Os itens são avaliados por uma *Escala Likert* que varia entre um e sete pontos, sendo que um corresponde à dependência total e sete, a independência completa. Portanto, quanto maior a pontuação maior a independência do portador da doença. O escore total é atingido pela somatória dos escores de cada dimensão e pode variar entre 18 e 126 pontos⁹.

Para a classificação da dependência, o paciente que apresentar uma pontuação de 18 será classificado como completamente dependente. Pontuações entre 19 e 60, classificam o portador em dependência modificada, ou seja, necessita de 50% de assistência na realização das tarefas. O paciente que obtiver uma pontuação entre 61 e 103 pontos também será classificado como dependência modificada, necessitando, porém, de apenas 25% de assistência na realização das tarefas e pontuações acima de 104 pontos classifica o portador como totalmente independente⁹.

O instrumento WHOQOL-Bref é uma versão abreviada do WHOQOL-100, ambos desenvolvidos pelo Grupo de Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da OMS, sendo de uso internacional com disponibilidade em 20 idiomas. Este instrumento foi desenvolvido devido à necessidade de um instrumento curto e de rápida aplicação para avaliar a qualidade de vida. A versão em português foi adaptada para o Brasil no Centro WHOQOL, no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. É composto por 26 questões, sendo duas questões gerais e as demais 24 facetas estão agrupadas em quatro domínios: (1) Físico, (2) Psicológico, (3) Relações Sociais e (4) Meio Ambiente¹⁰.

O domínio físico, composto por sete itens (3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18), aborda conceitos como dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho¹⁰.

O domínio psicológico, composto por seis itens (5, 6, 7, 11 e 26), aborda os conceitos de sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e espiritualidade, religião e crenças pessoais¹⁰.

O domínio relação social, composto por três itens (20, 21 e 22), aborda os conceitos de relações pessoais, suporte (apoio) social e atividade sexual e o domínio meio ambiente, composto por oito itens (8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25), aborda os conceitos de segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais¹⁰.

As questões são avaliadas por uma *Escala Likert*, que varia entre um e cinco pontos, ou seja, quanto maior a pontuação, melhor a percepção da qualidade de vida, com exceção dos itens três, quatro e 26 que

possuem escore inverso¹⁰. O escore final da qualidade de vida geral, satisfação com a saúde e domínios é obtido pela soma das respostas dos sujeitos para cada item.

Os dados foram tabulados no Excel® e analisados por um profissional estatístico por meio do programa *Statistical Analysis Software* (SAS) versão 9.2. Foi utilizada estatística descritiva para as variáveis categóricas e medidas de posição das variáveis contínuas. O cálculo dos domínios de qualidade de vida do questionário *WHOQOL-Bref* foi realizado segundo as indicações de validação do mesmo^{9,10}.

Para o estudo dos domínios de variáveis nominais com duas categorias, foi utilizado o teste de Mann-Whitney e para as variáveis com três ou mais categorias, o teste de Kruskal-Wallis. A correlação entre as questões isoladas do MIF e os domínios de qualidade de vida foi avaliada através do Coeficiente de Correlação de Spearman.

A confiabilidade do total de itens foi verificada por meio da consistência interna com o cálculo do coeficiente de Alfa de Cronbach, no qual se considerou como limite inferior aceitável o valor de 0,60¹¹. O nível de significância assumido foi de 5%, isto é, p -valor $< 0,05$.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria dos portadores de DA era do sexo feminino – 46(69,7%), com uma idade média de 80,2 anos ($dp \pm 7,3$) e tempo médio de diagnóstico da doença de 3,1 anos ($dp \pm 2,5$).

Um dos fatores de risco para a DA é a idade, fato este que justifica a média de idade elevada dos portadores. A cada 5 anos, a partir dos 65, dobra-se o risco de desenvolvimento da demência².

Em relação à aplicação da Medida da Independência Funcional, 7(10,6%) portadores foram classificados como completamente independentes, 42(63,6%) como dependência modificada, necessitando de 25% de auxílio nas suas tarefas diárias, seguido de 12(18,2%) portadores que necessitavam de 50% de auxílio nas tarefas diárias e 5(7,6%) foram classificados como completamente dependentes.

A maioria dos portadores de DA foi classificada como dependência modificada, necessitando de 25% de assistência nas tarefas a serem realizadas. Pode-se inferir que os portadores de DA em estágios iniciais apresentam menor dependência que os portadores em estágios mais avançados, portanto quanto mais grave o estágio do portador maior serão as horas destinadas aos cuidados com os mesmos.

A amostra foi composta por 66 cuidadores de portadores de DA, com idade média de 54,6 anos ($dp \pm 12,3$) e tempo médio como cuidador de 4,1 anos ($dp \pm 5,4$). Ao comparar o tempo médio como

cuidador com o tempo de diagnóstico da demência do cliente, observa-se que o cuidador já realizava os cuidados antes mesmo do diagnóstico da doença, pois a DA não é fácil de ser diagnosticada, uma vez que os primeiros sinais clínicos da demência são confundidos com o processo de envelhecimento e não existem exames de rastreamento adequados, marcadores biológicos e testes específicos para seu diagnóstico⁵.

Conforme a doença vai progredindo, a necessidade de cuidados, por parte do portador, cresce diariamente, exigindo que o cuidador se dedique integralmente, o que dificulta a participação do mesmo em atividades sociais¹².

A maioria era do sexo feminino – 53(80,3%), casada – 47(71,2%), era filho dos portadores – 39(59,1%), possuía uma renda familiar mensal de três ou mais salários mínimos – 39(59,1%), morava com o portador da demência – 50(75,8%), não trabalhava – 25(37,9%), não participava de grupos destinados a cuidadores 62(93,9%) e relatou poder contar com algum suporte familiar na prestação dos cuidados – 42(63,6%). Esses dados estão representados na Tabela 1.

TABELA 1: Características sociodemográficas dos cuidadores de portadores de Doença de Alzheimer. Jundiaí, São Paulo, 2011. (N=66)

Variáveis Categóricas	f	%
Estado Civil		
Casado	47	71.2
Solteiro	11	16.7
Viúvo	4	6.1
União consensual	2	3.0
Divorciado	2	3.0
Parentesco		
Filhos	39	59.1
Marido ou Esposa	17	25.8
Genro ou Nora	6	9.1
Netos	2	3
Sobrinhos	2	3
Renda familiar mensal		
Três ou mais salários mínimos ^(*)	39	59.1
Dois salários mínimos	22	33.3
Um salário mínimo	5	7.6
Reside com o portador		
Sim	50	75.8
Não	16	24.2
Ocupação		
Não trabalha	25	37.9
Aposentado	23	34.9
Trabalho remunerado	18	27.2

(*) Salário Mínimo em 2011: R\$ 545,00

Assim como em outros estudos, a presença do sexo feminino foi predominante, pois culturalmente são as mulheres as responsáveis pelos cuidados e, portanto, o papel de cuidadora é um encargo esperado perante a sociedade^{13,14}.

Pesquisas apontam que a maioria dos idosos reside com seu cônjuge e/ou filhos. O fato dos cuidadores possuírem o grau de parentesco de filhos pode ser explicado pela retribuição do cuidado recebido no passado, sendo este um fator determinante para que o cuidador se dedique integralmente ao portador durante todo o curso da doença¹⁵.

Estudos corroboram os dados encontrados nesta pesquisa, no que se refere à ocupação profissional. Os cuidadores não possuíam uma ocupação fora do lar, pois se dedicavam aos cuidados para com os portadores da demência^{13,16}.

Ao analisar o tempo gasto com cuidados, 30(45,5%) dos cuidadores destinavam 12 ou mais horas de cuidado aos portadores, 13(19,7%) de seis a dez e 23(34,9%) despendiam menos de cinco horas diárias com os cuidados.

O fato de a maioria dos cuidadores morar com o portador da demência e exercer uma carga horária longa de cuidados destinados ao idoso podem contribuir para uma piora da qualidade de vida dos mesmos¹⁷⁻¹⁹.

No que se refere à qualidade de vida, as médias encontradas para os domínios estão representadas na Tabela 2.

TABELA 2: Descrição das médias e desvio padrão dos domínios de qualidade de vida dos cuidadores avaliados pelo *WHOQOL Bref*. Jundiaí, São Paulo, 2011

Variáveis	Média padrão	Desvio –
Domínio Físico	65.2	12.8
Domínio Psicológico	57.1	16.1
Domínio Relações Sociais	62.6	15.4
Domínio Meio Ambiente	54.6	10.9
Qualidade de Vida	64.0	18.7
Saúde	58.7	24.2

Ao avaliar os domínios, observou-se que no domínio relações sociais foi constatada diferença significativa com a variável receber apoio de outras pessoas no cuidado ao portador. Aqueles que contavam com este apoio, alcançaram maiores médias, evidenciando melhor qualidade de vida neste domínio ($p = 0,0153$).

Ao comparar a qualidade de vida dos cuidadores da presente pesquisa, nos diferentes domínios do *WHOQOL-Bref*, com outro estudo realizado com cuidadores de pacientes dependentes percebe-se que os resultados obtidos foram muito semelhantes⁹.

Os resultados encontrados corroboram os de outros autores no que se refere à relação entre o domínio relações sociais e apoio recebido pelo cuidador. É extremamente importante que o cuidador receba apoio de seus familiares, visto que a sobrecarga de-

corrente da execução das tarefas, somada às dificuldades financeiras, de manejo com o portador da demência, cansaço físico e mental contribuem para o desencadeamento do estresse e conseqüente piora da qualidade de vida^{4,18}.

Com relação ao domínio meio ambiente foi verificada diferença significativa com a variável renda mensal familiar. As famílias com maior renda apresentaram maiores médias, evidenciando melhor qualidade de vida ($p = 0,0365$).

No domínio meio ambiente observou-se relação com a renda familiar e outros estudos apontam que a renda representa mais um fator estressante para o cuidador, pois a maioria não exerce atividade remunerada por dedicar-se aos cuidados com o portador e por isso, necessita compor recursos para suprir as necessidades financeiras da família⁹.

Quanto ao domínio psicológico foi observada diferença significativa com a variável tempo gasto com cuidados. Os cuidadores que gastavam menos de cinco horas por dia com cuidados ao portador da demência apresentaram maiores médias no instrumento de avaliação da qualidade de vida ($p = 0,0391$).

No que se refere à qualidade de vida geral, mais uma vez notou-se a importância do tempo gasto com cuidados, onde aqueles que dispensavam mais tempo aos portadores apresentaram menores médias, ou seja, possuíam pior qualidade de vida ($p = 0,0211$).

Não foram encontradas diferenças significativas entre os domínios do *WHOQOL-Bref* e a MIF.

Apesar de não terem sido encontradas diferenças significativas entre o instrumento que avalia a qualidade de vida e o que mensura a independência funcional do portador, encontraram-se resultados significantes quanto ao tempo gasto com cuidados no domínio psicológico e na questão geral da qualidade de vida. Conforme a evolução da demência, o portador apresenta dificuldades em desenvolver as atividades de vida diárias. Dessa forma, quanto maior a dependência do portador maior será a exigência por cuidados, o que contribui para uma sobrecarga psicológica e piora da qualidade de vida do cuidador^{12,18,19}.

O Coeficiente Alfa de Cronbach alcançado para os domínios do *WHOQOL-Bref* foi considerado satisfatório: 0,67 para o domínio físico; 0,64 para o psicológico; 0,72 para o domínio relações sociais; 0,62 para o meio ambiente; 0,73 para a questão geral de qualidade de vida e 0,68 para a satisfação com a saúde. A confiabilidade para o total de itens foi de 0,73.

CONCLUSÃO

A qualidade de vida do cuidador do paciente com DA foi avaliada por meio do *WHOQOL Bref* e resultou para o domínio físico em uma média de 65,2;

57,1 para o domínio psicológico; 62,6 para relações sociais e 54,6 para o meio ambiente. Na questão geral da qualidade de vida a média alcançada foi de 64 pontos e para a avaliação global da saúde 58,7. Não foi encontrada relação significativa entre o instrumento que avalia a qualidade de vida do cuidador e o instrumento que mensura a medida da independência funcional do portador.

Esta pesquisa contribui para auxiliar os profissionais de saúde a planejar uma assistência mais individualizada ao cuidador, elaborando estratégias que o auxiliem a receber apoio de outras pessoas no cuidado ao portador de DA e a procurar benefícios e assistência sociais. Dessa forma, a melhoria na qualidade de vida do cuidador pode contribuir para diminuir o seu próprio processo de adoecimento e exaustão.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). Estatuto do idoso. 2ª ed. Brasília (DF): Editora MS; 2009.
2. Freitas ICC, Paula KCC, Soares JL, Parente ACM. Convivendo com o portador de Alzheimer: perspectivas do familiar cuidador. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61:508-13.
3. Lemos ND, Gazzola JM, Ramos LR. Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. *Saude soc.* 2006; 15:170-9.
4. 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; 15:587-94.
5. Cruz MN, Hamdan AC. O impacto da doença de Alzheimer no cuidador. *Psicol estud.* 2008; 13:223-9.
6. Garrido R, Almeida OP. Distúrbios de comportamento em pacientes com demência: impacto sobre a vida do cuidador. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 1999; 57:427-34.
7. Paula JA, Roque FP, Araujo FS. Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de demência de Alzheimer. *J bras psiquiatr.* 2008; 57:283-7.
8. Ribeiro M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Potiguarra P, Pinto N, et al. Validação da versão brasileira da medida de independência funcional. *Acta Fisiatr.* 2004; 11:72-6.
9. Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Qualidade de vida de cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. *Texto contexto - enferm.* 2008; 17:266-72.
10. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-Bref. *Rev Saude Publica* 2000; 34:178-83.
11. Hair Jr JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Análise multivariada de dados. 5ª ed. Porto Alegre (RS): Bookman; 2005.
12. Caldeira APS, Ribeiro RCHM. O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer. *Arq Ciênc Saúde* 2004; 11(2):X-X.
13. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:861-6.
14. Martins JJ, Silva RM, Nascimento ERP, Coelho FL, Schweitzer G, Silva RDM, Erdmann AL. Idosos com necessidades de cuidado domiciliar. *Rev enferm UERJ.* 2008; 16:319-25.
15. Mazza MMPR, Lefèvre F. Cuidar em família: análise da representação social do cuidador familiar com idoso. *Rev Bras crescimento desenvolv hum.* 2005; 15:1-10.
16. Inouye K, Pedrazzani ES, Pavarini SCI. Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador: um estudo comparativo. *Cad Saúde Pública.* 2010; 26:891-9.
17. Pinto MF, Barbosa DA, Ferreti CEL, Souza LF, Fram DS, Belasco AGS. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22:652-7.
18. Aguiar ESS, Gomes IP, Fernando MGM, Silva AO. Representações do cuidar de idosos para cuidadores: revisão de literatura. *Rev enferm UERJ.* 2011; 19:485-90.
19. Day CB, Paskulin L. Benefícios da atenção domiciliar ao idoso portador de dano crônico: revisão sistemática da literatura. *Rev enferm UERJ.* 2013; 21: 384-90.