

QUALIDADE DE VIDA E DEPRESSÃO EM CUIDADORES DE IDOSOS DEPENDENTES

Quality of life and depression in caregivers of elderly dependents

Lucas Silveira Sampaio¹, Pabline dos Santos Santana²,
Michele Vieira da Silva³, Talita Santos Oliveira Sampaio⁴, Luciana Araújo dos Reis⁵

RESUMO

O estudo tem como objetivo avaliar a qualidade de vida e sintomas de depressão em cuidadores de idosos dependentes e verificar a relação entre tais variáveis. Trata-se de um estudo descritivo e analítico com delineamento transversal e abordagem quantitativa. Participaram da pesquisa 36 cuidadores de idosos com dependência física e cognitiva. A qualidade de vida dos cuidadores foi avaliada por meio do Medical Outcomes Study 36–Item Short-Form Health Survey (SF-36) e a presença de sintomas depressivos avaliados pelo Patient Health Questionnaire-PHQ-9. Com os resultados observou-se maior comprometimento do componente físico na qualidade de vida dos cuidadores e indicativo de depressão em 50,0% dos participantes. Verificou-se, também, que a qualidade de vida e a depressão relacionam-se de forma inversamente proporcional. Assim, a baixa percepção da qualidade de vida pode acarretar em quadros depressivos, bem como os sintomas da depressão podem provocar uma redução na qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de Vida; Depressão; Cuidadores; Idoso.

ABSTRACT

The study aims to evaluate the quality of life and symptoms of depression in caregivers of dependent elderly persons and to verify the relationship between such variables. This is a descriptive, analytical study with a cross-sectional design and a quantitative approach. Thirty-six caregivers of elderly people with physical and cognitive dependence participated in the study. Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) was used to assess the caregivers' quality of life, and the presence of depressive symptoms was assessed using the Patient Health Questionnaire-PHQ-9. The results showed greater impairment of the physical component in the quality of life of the caregivers and indicated depression in 50.0% of the participants. It was also found that quality of life and depression are inversely proportional. Thus, low perception of quality of life can lead to depressive symptoms, just as the symptoms of depression can cause a reduction in quality of life.

KEYWORDS: Quality of Life; Depression; Caregivers; Elderly.

INTRODUÇÃO

O Brasil tem caminhado rumo ao envelhecimento de maneira rápida e intensa,¹ sendo sua população idosa maior que 20 milhões de pessoas.² Caracterizado pelo aumento da expectativa de vida e pela diminuição da taxa

de mortalidade, o acelerado processo de envelhecimento tem representado um grande problema à saúde pública nos dias atuais.³

À medida que o país envelhece observa-se o crescente aumento dos casos de incapacidade funcional e dependência, o que limita a capacidade do idoso em realizar

¹ Mestre em Ciências da Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié. E-mail: lucaosampaio@hotmail.com.

² Fisioterapeuta. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié.

³ Fisioterapeuta. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié.

⁴ Mestre em Ciências da Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié.

⁵ Doutora em Ciências da Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié.

atividades da vida diária. Tal fato está associado à dependência física e cognitiva.⁴ A dependência física é representada pela dificuldade do indivíduo durante os movimentos para executar suas funções diárias, como o ato de alimentar-se e fazer a higiene pessoal, enquanto a dependência cognitiva refere-se à demência.⁵

A partir da necessidade apresentada pelo quadro de dependência da pessoa idosa, surge o papel do cuidador, a quem é designada a função de auxiliar o idoso em suas atividades básicas.⁶ O cuidador pode ser classificado como principal, ou primário, o qual assume o maior número de tarefas e é o principal responsável pelo idoso e o cuidador secundário, que presta assistência ao cuidador principal. Além disso, há o cuidador formal e o informal, que atuam de forma remunerada e voluntária, respectivamente.⁷

Apesar da prática de prestar cuidados a um idoso ter se tornado uma tarefa comum frente ao crescimento da população idosa e o aparecimento de doenças crônico-degenerativas, quando exercida a longo tempo tem sido encarada como uma árdua tarefa, podendo trazer impactos negativos à qualidade de vida dos cuidadores.⁵

Entende-se como qualidade de vida a autoavaliação do sujeito sobre a sua sensação de bem-estar, ou seja, é o seu nível de satisfação com a vida. Nessa forma, é um conceito subjetivo, que engloba aspectos relacionados à saúde física, ao estado psicológico, ao convívio social, crenças, relações com o ambiente, e ao estado de dependência para os cuidados da vida diária.⁸

Zanon e Batista⁹ destacam ainda, como consequência da tensão gerada pelo ato de cuidar, o estado de depressão. Trata-se de um transtorno mental que compromete a vida do indivíduo. Assim, quando não tratada de forma correta, a depressão está relacionada à maior morbidade e mortalidade, à falta de autocuidado, à alimentação inadequada, à perda de peso, e à desnutrição, podendo, também, afetar a qualidade de vida, aumentar o uso do setor de saúde, diminuir a utilização de medicamentos prescritos e aumentar a probabilidade de suicídio.¹⁰

Nesse contexto, buscando trazer contribuições à pesquisa científica, e atender à necessidade em voltar à atenção aos cuidadores de idosos (visando à promoção da saúde e prevenção de futuras complicações), o presente estudo tem como objetivo descrever a qualidade de vida e sintomas de depressão em cuidadores de idosos dependentes, assim como verificar a relação entre tais variáveis.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e analítico com delineamento transversal e abordagem quantitativa, realizado com cuidadores de idosos usuários de um Centro de

Saúde e uma Unidade de Saúde da Família na cidade de Jequié-BA.

A amostra foi constituída por 36 cuidadores de ambos os sexos que cuidavam de idosos (29 idosos com idade \geq 60 anos) com dependência física e cognitiva, podendo ser do gênero masculino ou feminino.

Foram critérios de inclusão do estudo os cuidadores informais que desempenhavam a tarefa de cuidar de um idoso por pelo menos três meses e que fossem capazes de entender e autorizar, por meio da assinatura o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Além disso, o idoso cuidado deveria ser considerado fisicamente dependente e apresentar dependência cognitiva.

Foram excluídos os cuidadores de idosos, que exerciam a função por tempo menor que três meses e os cuidadores de idosos, que apresentavam somente um tipo de dependência (física ou cognitiva). Além disso, também foram excluídos do estudo os cuidadores, que eram remunerados para exercer a função.

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a abril de 2016, tendo o apoio da Secretaria Municipal de Saúde do município de Jequié-BA. Inicialmente, realizou-se uma triagem com o auxílio dos (as) agentes de saúde da USF e do Centro de Saúde, onde foram sinalizados por eles (as), os idosos que recebiam assistência de um cuidador. A partir daí, foi realizada visita domiciliar, a fim de conhecer e selecionar os idosos, que teriam seus cuidadores incluídos na pesquisa, sendo excluídos os idosos, que apresentavam funcionalidade preservada e boas condições mentais.

O processo das visitas domiciliares também foi intermediado pelos (as) agentes de saúde, que ou acompanhavam as entrevistas ou informavam aos cuidadores que a mesma iria acontecer. Assim, a coleta se deu inicialmente com os idosos, com o intuito de analisar o grau de dependência e, em seguida, com os cuidadores, a fim de averiguar a qualidade de vida e o indicativo de depressão apresentado por eles.

Para avaliar o nível de dependência do idoso, no que diz respeito à capacidade funcional e à função cognitiva foram aplicados, respectivamente, o Índice de Katz e o Mini-Exame do Estado Mental – MEEM.

Quanto ao Index de Katz, foi utilizada a versão disponível na web page do Hartford Institute for Geriatric Nursing,¹¹ sendo classificado como independentes valores = 6 pontos, e como dependente aqueles que possuíam valor \leq 4 pontos.

Em relação ao Mini Exame do Estado Mental, foi utilizada a versão com pontuação máxima de 19 pontos.¹² Os indivíduos que apresentaram, em suas respostas, valor total igual ou inferior a 12 pontos foram considerados com

déficit cognitivo.

Após identificar o idoso com dependência física e cognitiva, foi dada continuidade à entrevista, dessa vez com o cuidador. Aplicou-se um formulário próprio, que abordava as questões pessoais e as condições sociodemográficas.

Para avaliação da qualidade de vida, utilizou-se o Medical Outcomes Study 36– Item Short-Form Health Survey (SF-36), versão validada no português.¹³ O instrumento é composto por 36 itens que se dividem em 8 escalas ou domínios, sendo: capacidade funcional – 10 itens; aspectos físicos - 4 itens; dor - 2 itens; estado geral de saúde - 5 itens; vitalidade - 4 itens; aspectos sociais - 2 itens; aspectos emocionais - 3 itens; e saúde mental - 5 itens. O escore varia de 0 a 100, em que 0 corresponde à pior condição de saúde e 100 a melhor.¹⁴

Na investigação de indicativo de depressão, aplicou-se o Patient Health Questionnaire-PHQ-9, instrumento constituído por nove itens, que avaliam a presença de sintomas para a depressão, baseado na quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV-TR.¹⁵

Os nove itens do questionário avaliam a presença de: humor deprimido, anedonia, problemas com o sono, cansaço ou falta de energia, mudança no apetite ou peso, sen-

timento de culpa ou inutilidade, problemas de concentração, sentir-se lento ou inquieto e pensamentos suicidas. O questionário apresenta ainda uma décima pergunta que avalia a influência dos sintomas descritos no desempenho de atividades diárias.¹⁶

Assim, valores entre 0-4 não indicam depressão; 5-9 depressão leve; entre 10-14 sintomas depressivos moderados, 15-19 moderadamente grave; e ≥ 20 consideram-se grave.¹⁷ No presente estudo foi considerado indicativo de sintomas depressivos valores ≥ 5 .

Para a análise descritiva das características da amostra, foram calculadas as frequências, médias e desvios padrão. Para verificar associação entre a qualidade de vida e os sintomas depressivos, foi utilizada a Correlação de Spearman. Em todas as análises, o nível de significância adotado foi de 5% ($\alpha = 0,05$). Os dados foram analisados no The Statistical Package for Social Science para Windows (SPSS 22.0, 2013, SPSS, Inc, Chicago, IL).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, sob o Parecer nº 1244904. Todos os participantes do estudo, idosos e cuidadores assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

RESULTADOS

As características qualitativas dos idosos ($n=29$) e dos cuidadores ($n=36$) são apresentadas na tabela 1. Entre os idosos cuidados, houve maior distribuição do sexo feminino (69,0%) e idade média foi de $83,55 \pm 10,65$ anos. Em relação aos cuidadores, predominam-se as mulheres (83,3%), a idade média entre a população estudada foi de $53,05 \pm 12,09$ anos e 47,2% declararam ser casados ou vi-

verem em união estável.

Quanto à alfabetização, 80,6% dos cuidadores são alfabetizados, dos quais, 82,75% possuem apenas a escolaridade de primeiro grau completo. Ainda em relação aos cuidadores, 44,5% declararam estar desempregados, 61,1% são filho/filha do idoso cuidado, 91,7% corresidem com os idosos e 41,7% prestavam cuidados há mais de 10 anos.

Tabela 1 - Análise descritiva das variáveis qualitativas da população do estudo. Jequié, Brasil, 2016.

Variáveis	% resposta	N	%
Sexo (idoso)	100		
Feminino		20	69,0
Masculino		9	31,0
Sexo (cuidador)	100		
Feminino		30	83,3
Masculino		6	16,7

Variáveis	% resposta	N	%
Estado Civil (cuidador)	100		
Casado ou união estável		17	47,2
Solteiro		13	36,1
Divorciado		5	13,9
Viúvo		1	2,8
Escolaridade (cuidador)	100		
Alfabetizados		29	80,6
Não alfabetizado		7	19,4
Situação de trabalho (cuidador)	100		
Desempregado		16	44,5
Autônomas		10	27,8
Aposentado		6	16,7
Empregado		4	11,1
Arranjo Familiar (cuidador)	100		
Corresidência		33	91,7
Mora Sozinho		3	8,3
Grau de parentesco do cuidador com o idoso	100		
Filho/filha		22	61,1
Esposa/esposo		8	22,2
Genro/nora		3	8,3
Ex-nora		1	2,8
Irmão/irmã		1	2,8
Neto/neta		1	2,8
Quanto tempo cuida do idoso	100		
Mais de 10 anos		15	41,7
Entre 1 e 5 anos		9	38,9
Entre 6 e 10 anos		4	11,1
Menos que 1 ano		3	8,3
Partilha cuidados	100		
Sim		20	55,6
Não		16	44,4

Fonte: dados da pesquisa.

Em relação à qualidade de vida dos cuidadores, observou-se maiores médias nos domínios do componente mental, sendo que, em relação aos domínios de modo ge-

ral, o maior (86,11 pontos) e menor (60,69 pontos) escore foram evidenciados nos campos limitações por aspectos emocionais e vitalidade, respectivamente (tabela 2).

Tabela 2 - Análise descritiva da variável qualitativa Qualidade de Vida de acordo com os resultados dos domínios do SF-36. Jequié, Brasil, 2016.

Variáveis	% resposta	Média	DP	Mín – máx
Qualidade de Vida	100			
<u>Componente físico</u>				
Capacidade Funcional		79,86	27,32	(5 – 100)
Limitação por aspectos físicos		70,13	38,64	(0 – 100)
Dor		60,88	22,08	(0 – 100)
Estado Geral de Saúde		83,66	21,08	(20 – 100)
<u>Componente mental</u>				
Vitalidade		60,69	23,90	(5 – 100)
Aspectos Sociais		81,94	26,63	(12,5 – 100)
Limitações por aspectos emocionais		86,11	30,21	(0 – 100)
Saúde Mental		71,33	22,69	(20 – 100)

Fonte: dados da pesquisa.

No que diz respeito à variável depressão, segundo o questionário PHQ9, 50,0% dos cuidadores apresentaram indicativos de depressão. Dos quais, 30,6% (11) apresen-

taram depressão leve; 11,1% depressão moderada e 8,3% moderadamente severa, conforme ilustra a tabela 3.

Tabela 3 - Análise descritiva da variável qualitativa Depressão de acordo com os resultados do PHQ-9. Jequié, Brasil, 2016.

Variáveis	% resposta	N	%
PHQ- 9	100		
Ausência de depressão		18	50
Depressão leve		11	30,6
Depressão moderada		4	11,1
Depressão moderadamente severa		3	8,3
Depressão severa		0	0

Fonte: dados da pesquisa.

Na Tabela 4, encontra-se a associação entre os resultados apresentados nos questionários PHQ-9 e SF-36 aplicados nos cuidadores. O resultado demonstra que existe

associação estatisticamente significativa entre a depressão e a qualidade de vida em todos os domínios, exceto no campo “aspectos sociais.”

Tabela 4 - Associação entre depressão e qualidade de vida. Jequié, Brasil, 2016.

Variáveis	Correlação de Rô Spearman	p-valor
Depressão x Qualidade de vida		
PHQ-9 x Capacidade Funcional	- 0,595	0,000
PHQ-9 x Limitação por aspectos físicos	- 0,362	0,030
PHQ-9 x Dor	- 0,410	0,013
PHQ-9 x Estado Geral de Saúde	- 0,359	0,032
PHQ-9 x Vitalidade	- 0,471	0,004
PHQ-9 x Aspectos Sociais	- 0,100	0,562
PHQ-9 x Limitações por aspectos emocionais	- 0,376	0,024
PHQ-9 x Saúde Mental	- 0,568	0,000

(*p-valor=0,05*)

Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

O presente estudo identificou um maior comprometimento do componente físico na qualidade de vida dos cuidadores, e revelou indicativo de depressão na metade dos participantes. Observou-se, ainda, que com exceção do domínio “aspecto social”, a qualidade de vida e a depressão relacionam-se de forma negativa, estando o aumento da pontuação em uma dessas variáveis associada à diminuição na outra.

No que diz respeito às características sociodemográficas, os resultados deste estudo apontam maior frequência do sexo feminino entre os idosos, corroborando com os achados da literatura, que apontam um marcante processo de feminilização na terceira idade.^{8, 18, 19} Esse predomínio de mulheres na população idosa é justificado pelas diferentes características do envelhecimento relacionadas ao sexo, sendo evidente, entre as mulheres, patologias não letais, contudo, crônicas e incapacitantes.¹⁸

Assim como os dados encontrados na literatura quanto ao sexo dos cuidadores, o presente estudo identificou o predomínio de mulheres nesse público.^{6, 7, 8, 20, 21} No que se refere ao estado civil, pode-se observar que a maior parte

dos cuidadores era casada ou vivia em união estável, o que também é evidenciado em estudos com cuidadores de idosos com Alzheimer²² e idosos dependentes.⁶

Destaca-se, também, que, embora a mulher tenha conquistado seu lugar no mercado de trabalho, ela ainda é a principal responsável pelo cuidado.^{6, 23} Tal fato está relacionado com o papel social da mulher que, ao longo da história, teve sua função vinculada ao ato de cuidar, seja da casa ou dos filhos, enquanto o homem era o responsável por prover a renda da família.²¹ Nesse contexto, é comum que a mulher seja a responsável pelo cuidado, ainda que a mesma tenha um trabalho fora do lar e que isso produza impactos à sua vida.^{6, 21}

A idade média encontrada nos cuidadores do presente estudo foi semelhante a encontrada em estudo realizado na mesma região, no Estado da Paraíba,²⁴ o qual identificou uma média de 52,6 anos. Valores semelhantes também foram encontrados em estudos realizados na região Sudoeste – Minas Gerais,²³ com média de 55,4 anos, e no Sul – Paraná, com média de 55,13 anos.²⁵ Essa idade mais elevada entre os cuidadores é justificada pelos autores pelo fato do cuidador ser, na maioria das vezes, filho (a) ou cônjuge do idoso.^{6, 23}

Embora a maioria dos cuidadores tenha sido alfabetizada, observa-se um baixo nível de escolaridade, sendo que mais da metade cursaram apenas o ensino fundamental. Somado a isso, nota-se também um grande índice de desemprego nessa população. Os resultados corroboram com a literatura, que evidencia média entre 5 a 8 anos de estudo, entre os cuidadores.²⁶ Há especulações de que o baixo nível de escolaridade pode levar um familiar a ser cuidador, visto que as chances desse indivíduo se inserir no mercado de trabalho são menores, levando-os a se envolver cada vez mais com o trabalho doméstico e com o cuidado do familiar necessitado.⁶

Investigar o nível de escolaridade dos cuidadores torna-se necessário para compreender o contexto no qual o idoso está inserido. O cuidado destinado ao idoso pode ser receber interferência do nível de conhecimento do cuidador, pois é esse quem recebe as instruções do serviço de saúde, ficando encarregado de segui-las, como adoção de dieta e uso de medicamentos.²³

O predomínio de filhos (as) como cuidadores dos idosos é um fator que vem sendo observado nos estudos.^{21, 22, 26} Além disso, a maioria dos cuidadores referiu residir no mesmo domicílio que o idoso, corroborando com os achados do estudo de Gratão et al.,²⁷ no qual os autores afirmam que tal realidade reflete duas vertentes. De um lado, existe o ponto positivo para o idoso, que é melhor assistido, e o lado negativo é para o cuidador, ao qual são expostas as consequências do ato de cuidar.²⁷

A maioria dos cuidadores prestavam cuidados há mais de 10 anos, o que chama atenção para possíveis complicações causadas pela sobrecarga, uma vez que os resultados do estudo de Silva, Passos e Barreto²⁸ evidenciaram que os cuidadores, que estavam mais suscetíveis à sobrecarga moderada foram os que possuíam um maior tempo exercendo a função de cuidador.

Os resultados do presente estudo ainda apontam que a maioria dos cuidadores partilhava o cuidado com um cuidador secundário. A literatura afirma que, quando um cuidador toma a frente do cuidado, outros possíveis cuidadores podem se afastar de tal responsabilidade. Contudo, o fato de se tornar o único responsável pelo cuidador pode acarretar em sobrecarga.⁷

Em relação à avaliação da Qualidade de Vida, pelo SF-36, os resultados revelam que dentre os domínios de menores escores estão Vitalidade e Dor, sendo a limitação por aspectos emocionais o domínio de maior pontuação, seguido do estado geral de saúde.

De forma geral, a menor média de escore foi referente ao componente físico (capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor e estado geral de saúde), sendo destes a dor o comprometimento mais evidente entre os

cuidadores. Destaca-se que a existência da dor pode influenciar diretamente os demais domínios incluídos no componente físico, visto que se trata de um fator que mais se relaciona com a incapacidade.²⁹

No presente estudo, os domínios mais afetados estão de acordo com os encontrados na literatura, o que pode ser observado no estudo realizado com cuidadores de idosos atendidos em um ambulatório no Estado do Paraná,²⁹ o qual identificou que, entre os quatro piores domínios, três coincidiam com os encontrados nesta pesquisa, sendo eles: aspectos físicos (43,75 DP \pm 30,39), vitalidade (48,75 DP \pm 15,09), e dor (51,67 DP \pm 17,82). Em relação ao domínio de maior escore, estavam presentes a capacidade funcional (69,17 DP \pm 22,95) e o estado geral de saúde (56,42 DP \pm 20,77).

Corroborando ainda com os achados do estudo atual, a pesquisa realizada com cuidadores da Unidade de Saúde da Família (USF) em Santa Catarina²¹ identificou que, entre os quatro domínios de médias mais baixas, três também correspondiam aos encontrados no presente estudo: limitação por aspectos físicos (36,36); vitalidade (43,79); e dor (49,52), estando entre os dois maiores escores, a capacidade funcional (64,24) e o estado geral de saúde (55,85).

O aspecto físico e a dor também foram identificados entre os domínios de menores escores em estudo realizado com cuidadores de idosos usuários de uma USF do estado do Piauí,³⁰ apresentando médias de 58,5 (DP \pm 39,9) e 64,1 (DP \pm 24,3), respectivamente. No mesmo estudo, dentre os domínios de maiores médias esteve presente o aspecto social (76,2 DP \pm 25,6) e a capacidade funcional (73,9 DP \pm 23,7).

Com isso, podemos inferir, a partir da comparação entre os resultados do presente estudo e de outras pesquisas encontradas na literatura, que o aspecto físico e a dor são os domínios que mais influenciam de forma negativa na qualidade de vida dos cuidadores de idosos, enquanto a capacidade funcional parece não sofrer tantas consequências provocadas pela prática de cuidado.^{21, 29, 30}

O fato de o presente estudo apresentar a vitalidade como o domínio de menor escore na avaliação da qualidade de vida pode estar associado à atividade exaustiva de cuidar de um idoso, que apresenta dois tipos distintos de dependências, a física e a cognitiva, revelando, assim, que o cuidar além de comprometer a disposição do indivíduo para tal tarefa, está associado ainda com a sobrecarga, uma vez que tal domínio avalia quanto tempo o indivíduo se sente cheio de vigor, cheio de vontade, força, com muita energia, esgotado e cansado.

Além disso, o fato do domínio dor (que avalia a presença de algia e o quanto ela interfere no trabalho do indivíduo) ser um dos mais afetados, pode estar relacionado

à baixa vitalidade nessa população, pois a necessidade de se dedicar a alguém, que carece de seus cuidados pode levar o cuidador a desempenhar sua tarefa com muito esforço e dedicação, ainda que o mesmo apresente pouca disposição e grande cansaço durante a atividade. Dessa forma, pode resultar na presença de dores em diferentes segmentos do corpo.

Embora o presente estudo tenha evidenciado a associação negativa entre a limitação por aspecto físico e a depressão e demonstrado a presença de sintomas depressivos em metade dos cuidadores, verificou-se uma boa pontuação do domínio limitação por aspecto físico. Tais resultados podem estar relacionados com o fato de que metade dos cuidadores que apresentaram indicativos de depressão apresentaram sinais leves. Além disso, o fato de a maior parte dos cuidadores partilharem o cuidado pode reduzir a sobrecarga emocional e física dos mesmos.

Na avaliação da depressão, segundo o questionário PHQ-9, observou-se que a metade dos cuidadores apresentaram indicativos de algum tipo de depressão. A literatura afirma que o cuidador de idoso, quando comparado a um indivíduo não cuidador, está mais vulnerável a adquirir determinadas doenças, dentre as quais se destaca a depressão.⁵ Vale ressaltar que o questionário utilizado na pesquisa não serve para diagnosticar a doença, mas para identificar os sintomas que faz o indivíduo desenvolvê-la.

Destaca-se que a presença de sintomas depressivos, tais como: tristeza, choro, desprazer, diminuição da autoconfiança, irritação, desânimo, dificuldade em relacionar-se com outras pessoas, e diminuição da autonomia foi observada em maior escala em cuidadores de familiares com síndrome demencial do que nos indivíduos não cuidadores, em estudo realizados com 185 indivíduos, dos quais 85 eram cuidadores.³¹

Nesse contexto, pode-se observar que é comum a presença de depressão entre cuidadores, em virtude das condições de desgaste físico e emocional em que são expostos.³² O estudo de Rocha e Pacheco⁷ afirmam ainda que o cuidado prestado ao idoso dependente resulta em complicações na vida dos cuidadores, os quais passam a apresentar alterações no aspecto físico, social, econômico e emocional.

A partir da associação da qualidade de vida e a depressão pode-se observar que existe uma correlação negativa entre as variáveis, ou seja, elas se relacionam de forma inversamente proporcional, exceto no domínio do “aspecto social,” podendo-se inferir que quanto maior o indicativo de depressão, mais acometida será a qualidade de vida do cuidador, ou quanto pior a qualidade de vida, mais vulnerável à depressão o cuidador estará.

Tal fato está em consonância com a literatura, a qual

evidencia que a depressão traz danos à qualidade de vida, revelando a existência de uma relação inversa entre a qualidade de vida e os sintomas de depressão.^{33,34} Sendo assim, os indivíduos que possuem uma má percepção de sua qualidade de vida são os mesmos que apresentam os sintomas da depressão em escalas elevadas.³⁴

Segundo Capela et al.,³⁵ a depressão pode causar incapacidade e acometer a qualidade de vida, estando entre as complicações de saúde mental mais comuns. A influência negativa sobre a qualidade de vida se deve ao fato de que a patologia em questão aumenta a percepção da dor e da incapacidade, dificultando a aceitação do tratamento.

CONCLUSÃO

Arremata-se que existe um comprometimento na qualidade de vida e a presença de sintomas depressivos em cuidadores de idosos com dependência física e cognitiva. Notou-se que as duas variáveis, qualidade de vida e sintomas depressivos estão intimamente relacionadas, com exceção do domínio “aspecto social”, sendo que a baixa percepção da qualidade de vida pode acarretar em quadros depressivos, bem como os sintomas da depressão podem provocar uma redução na qualidade de vida.

Nesse contexto, a partir dos resultados obtidos na pesquisa, e conhecendo a necessidade de voltar a atenção para o cuidador, faz-se necessário desenvolver estratégias que venham prevenir futuras complicações e promover a saúde desse público, bem como propiciar suporte social e institucional a estes indivíduos.

Tais estratégias podem ser realizadas, a partir do planejamento e execução de atividades educativas na atenção primária, com o intuito de conscientizar os cuidadores dos riscos a que estão expostos ao desempenhar a tarefa de cuidar e por meio do reconhecimento desses indivíduos no planejamento de saúde pública, a fim de lhes garantir melhor assistência e condições de cuidar do idoso dependente. Assim, será possível evitar que os atuais cuidadores se tornem, mais tarde, um idoso que necessite de cuidados.

REFERÊNCIAS

1. Areosa SVC, Henz LF, Lawisch D, Areosa RC. Cuidar de si e do outro: estudo sobre os cuidadores de idosos. *Psicol Saúde Doenças*. 2014; 15(2):482-94.
2. Sinopse do Senso Demográfico. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. 2010. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse/default_sinopse.shtm>.

3. Garbin CAS, Sumida DH, Moimaz SAS, Prado RL, Silva MM. O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. *Ciêns Saúde Colet*. 2010; 15(6):2941-8.
4. Ferreira OGL, Maciel SC, Costa SMG, Silva AO, Moreira MASP. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto Context Enferm*. 2012; 21(3):513-8.
5. Pinto FNFR, Barham EJ. Bem estar psicológico: comparação entre cuidadores de idosos com e sem demência. *Psicol Saúde Doenças*. 2014; 15(3):635-55.
6. Anjos KF dos, Boery RNS de O, Pereira R. Qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. *Texto Context Enferm*. 2014; 23(3):600-8.
7. Rocha BMP, Pacheco JEP. Idoso em situação de dependência: Estresse e coping do cuidador informal. *ACTA Paul Enferm*. 2013; 26(1):50-6.
8. Gonçalves LTH, Leite MT, Hildebrandt LM, Bisogno SC, Biasuz S, Falcade BL. Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2013; 16(2):315-25.
9. Zanon MA, Batista NA. Qualidade de vida e grau de ansiedade e depressão em cuidadores de crianças com paralisia cerebral. *Rev Paul Pediatr*. 2012; 30(3):392-6.
10. Santos CA dos, Ribeiro AQ, Rosa C de OB, Ribeiro R de CL. Depressão, déficit cognitivo e fatores associados à desnutrição em idosos com câncer. *Ciêns Saúde Colet* 2015; 20(3):751-60.
11. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). The Hartford Institute for Geriatric Nursing. 1998 [Citado 2016 dez. 20]. Disponível em: <<http://www.hartfordign.org>>.
12. ICAZA MC, ALBALA C. Projeto SABE. Minimal state examination (MMSE) del estudio de dementia em Chile: análisis estícticos. *OPAS - Organ Panam Saúde*. 1999; 1-18.
13. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999; 39(3):143-50.
14. Marcon SR, Rubira EA, Espinosa MM, Barbosa DA. Qualidade de vida e sintomas depressivos entre cuidadores e dependentes de drogas. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012; 20(1):1-8.
15. Barroso SM, Melo APS, Guimarães MDC. Depressão em comunidades quilombolas no Brasil: triagem e fatores associados. *Rev Panam Salud Publica*. 2014; 35(4):256-63.
16. Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LSP de, Tams NTB da SBD, Patella AM, et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral Sensitivity. *Cad Saude Publica*. 2013; 29(8):1533-43.
17. Bächle C, Lange K, Stahl-Pehe A, Castillo K, Scheuing N, Holl RW, et al. Symptoms of eating disorders and depression in emerging adults with early-onset, long-duration type 1 diabetes and their association with metabolic control. *PLoS One*. 2015; 10(6):1-16.
18. Porciúncula RC da, Carvalho EF de, Barreto KML, Leite VMM. Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014; 17(2):315-25.
19. Santos MD dos, Borges S de M. Percepção da funcionalidade nas fases leve e moderada da doença de Alzheimer: visão do paciente e seu cuidador. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2015; 18(2):339-49.
20. Borghi AC, Sassá AH, Matos PCB de, Decesaro M das N, Marcon SS. Qualidade de vida de idosos com doença de alzheimer e de seus cuidadores. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011; 32(4):751-8.
21. Souza LR de, Hanus JS, Libera LB Dela, Silva VM, Mangilli EM, Simões PW, et al. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. *Cad Saúde Coletiva [Internet]*. 2015 [Citado 2016 dez. 20]; 23(2):140-9. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n2/1414-462X-cadsc-23-2-140.pdf>>.
22. Borghi AC, Castro VC de, Marcon SS, Carreira L. Sobrecarga de familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: um estudo comparativo. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013; 21(4):876-83.
23. Santos NMDF, Tavares DMDS. Correlação entre qualidade de vida e morbidade do cuidador de idoso com acidente vascular encefálico. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2012; 46(4):960-6.

24. Loureiro LDSN, Fernandes MDGM, Nóbrega MML da, Rodrigues RAP. Sobrecarga em cuidadores familiares de idosos: associação com características do idoso e demanda de cuidado. *Rev Bras Enferm.* 2014; 67(2):227-32.
25. Wachholz PA, Santos RCC, Wolf LSP. Reconhecendo a sobrecarga e a qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos frágeis. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 2013;16(3):513-26.
26. Stackfleth R, Diniz MA, Fhon JRS, Vendruscolo TRP, Fabrício-Webe SCC, Marques S, et al. Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(5):768-74.
27. Gratão ACM, Talmelli LF da S, Figueiredo LC, Rosset I, Freitas CP, Rodrigues RAP. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. *Rev da Esc Enferm da USP.* 2013; 47(1):137-44.
28. Silva CF da, Passos VM de A, Barreto SM. Frequência e repercussão da sobrecarga de cuidadoras familiares de idosos com demência. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 2012; 15(4):707-31.
29. Fernandes BCW, Ferreira KCP, Marodin MF, Val MON do, Fréz AR. Influência das orientações fisioterapêuticas na qualidade de vida e na sobrecarga de cuidadores. *Fisioter em Mov.* 2013; 26(1):151-8.
30. Rodrigues JEG, Machado ALG, Vieira NFC, Fernandes AFC, Rebouças CBDA. Qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores familiares de idosos dependentes. *Cienc y Enferm.* 2014; 20(3):119-29.
31. Pawlowski J, Gonçalves TR, Hilgert JB, Hugo FN, Bozzetti MC, Bandeira DR. Depressão e relação com idade em cuidadores de familiares portadores de síndrome demencial. *Estud Psicol.* 2010; 15(2):173-80.
32. Gratao ACM, Vendruscolo TRP, Talmelli LF da S, Figueiredo LC, Santos JLF, Rodrigues RAP. Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Texto e Context Enferm.* 2012; 21(2):304-12.
33. Pinto MF, Barbosa DA, Ferreti CE de L, Souza LF de, Fram DS, Belasco AGS. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. *ACTA Paul Enferm.* 2009; 22(5):652-7.
34. Lopez MRA, Ribeiro JP, Ores L da C, Jansen K, Souza LD de M, Pinheiro RT, et al. Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos no sul do Brasil. *Rev Psiquiatr do Rio Gd do Sul.* 2011; 33(2):103-8.
35. Capela C, Marques AP, Assumpção A, Sauer JF, Cavalcante AB, Chalot SD. Associação da qualidade de vida com dor, ansiedade e depressão. *Fisioter e Pesqui.* 2009; 16(3):263-8.

Submissão: janeiro de 2017

Aprovação: junho de 2017
