



# Cuidadores de idosos e tensão excessiva associada ao cuidado: evidências do Estudo SABE

## *Caregivers of elderly and excessive tension associated to care: evidence of the Sabe Study*

Daniella Pires Nunes<sup>I</sup> , Tábatta Renata Pereira de Brito<sup>II</sup> ,  
Yeda Aparecida de Oliveira Duarte<sup>III</sup>, Maria Lúcia Lebrão<sup>IV\*</sup>

**RESUMO:** *Introdução:* A presença de múltiplas doenças e agravos crônicos pode ocasionar a incapacidade funcional do idoso, o qual poderá requerer a necessidade de ajuda de outra pessoa. A prestação de cuidados diários e ininterruptos pode gerar no cuidador situações estressoras, levando-o a sobrecarga. *Objetivo:* Descrever o perfil sociodemográfico e assistencial dos cuidadores de idosos e analisar os fatores associados à tensão excessiva associada ao cuidado. *Métodos:* Trata-se de um estudo transversal, parte do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), realizado no município de São Paulo, no ano de 2010, com 362 cuidadores. A tensão excessiva associada ao cuidado foi avaliada pela escala de Zarit, e considerou-se ausência de sobrecarga pontuação inferior a 24 pontos e presença de sobrecarga os escores  $\geq 24$  pontos. Utilizou-se regressão de logística hierárquica para analisar os fatores associados à tensão dos cuidadores familiares. *Resultados:* A maioria dos cuidadores era familiar (91,5%), do sexo feminino (75,4%), com média de idade de 53,9 anos (desvio padrão — DP  $\pm 15,5$ ), casado (65,3%), residente no mesmo domicílio do idoso (68,2%). Um terço deles apresentou sobrecarga de cuidado, que foi associado à idade (*odds ratio* — OR = 1,04; p = 0,001), ao relato de disfunção familiar (OR = 5,60; p = 0,000) e à prestação de cuidado contínuo (OR = 2,78; p = 0,030). *Conclusão:* Os dados revelam a necessidade de políticas públicas que incluam as necessidades e o suporte aos cuidadores, em especial, os familiares, a fim de melhorar sua qualidade de vida e a sua prestação de cuidados às pessoas idosas.

**Palavras-chave:** Idoso. Família. Cuidadores.

<sup>I</sup>Universidade Federal do Tocantins – Palmas (TO), Brasil.

<sup>II</sup>Universidade Federal de Alfenas – Alfenas (MG), Brasil.

<sup>III</sup>Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>IV</sup>Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

\*in memoriam.

**Autora correspondente:** Daniella Pires Nunes. Universidade Federal do Tocantins, Complexo Laboratorial IV, Laboratório de Fundamentos de Enfermagem, sala 2, Avenida NS 15, Norte, 109, Plano Diretor Norte, CEP: 77001-090, Palmas, TO, Brasil. E-mail: danielanunes@uft.edu.br

**Conflito de interesses:** nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp).

**ABSTRACT: Introduction:** Multiple illness and injury classes can cause a functional disability of the elderly, or the right to seek help from another person. Caregiving can be generated without the caregiver functions, leading to burden. **Objective:** to describe the sociodemographic and care profile of caregivers of the elderly and to analyze the factors associated with excessive stress regarding care. **Method:** This is a cross-sectional study, part of the SABE (Health, well-being and aging) Study, carried out in the city of São Paulo in 2010, with 362 caregivers. The excessive stress associated with care was evaluated by the Zarit Scale, and the load was found to be less than 24 points and the presence of burden was considered, with scores  $\geq 24$  points. Hierarchical Logistic Regression was used to analyze the factors associated with the stress of family caregivers. **Results:** Most of the caregivers were family members (91.5%), being female (75.4%), mean age 53.9 years ( $SD \pm 15.5$ ), married (65.3%), lived in the same household with the elderly (68.2%). One-third of them presented burden, which was associated with age ( $OR = 1.04, p = 0.001$ ), family dysfunction ( $OR = 5.60, p = 0.000$ ), continuous care ( $OR = 78, p = 0.030$ ). **Conclusions:** The data reveal the need to maintain their needs and support to caregivers, especially their relatives and their sources of life and their debts. **Keywords:** Aged. Family. Caregivers.

## INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida vem sendo acompanhado pelo aumento da prevalência de doenças e agravos crônicos não transmissíveis com impacto direto nas políticas sociais e de saúde, uma vez que também se observa um progressivo aumento de pessoas com limitações funcionais decorrentes de tais agravos com necessidade de cuidados constantes<sup>1</sup>. Cuidar de alguém é algo complexo, pois implica uma série de mudanças e adaptações tanto da parte de quem cuida quanto de quem é cuidado. Estudos sobre cuidadores de idosos identificam seu perfil historicamente como familiar, do sexo feminino, cônjuge ou filha, na faixa etária entre 50 e 55 anos<sup>2-7</sup>.

O cuidador familiar, na maioria das vezes, tem de assumir tal função de forma quase repentina e, geralmente, não está preparado nem psicologicamente, nem tecnicamente para o desempenho de seu novo papel. Com muita frequência, ou por um acordo familiar ou por exclusiva falta de opções, um elemento da família é “eleito” como cuidador ideal, nato, necessário, desejável ou possível, mesmo que este não saiba, não tenha sido consultado ou não seja essa sua escolha.

Isso gera conflitos pessoais, familiares e até mesmo profissionais se estes desempenharem outras funções laborais no dia a dia. Tais circunstâncias podem gerar um estado de estresse prolongado, levando o cuidador a ignorar suas próprias necessidades e negligenciar o autocuidado, resultando em doenças ou até mesmo em óbito precoce. Por outro lado, evidências sugerem que a sobrecarga dos cuidadores pode levar, em última instância, à negligência assistencial da pessoa cuidada<sup>8,9</sup>.

Diante disso, é necessário ter clareza sobre as condições desencadeantes da sobrecarga dos cuidadores de forma que se permita o adequado planejamento terapêutico que envolva idoso, cuidador e família, possibilitando, assim, a prevenção de agravos à saúde e a melhoria na qualidade de vida de todos os envolvidos.

Portanto, os objetivos do presente estudo foram descrever o perfil sociodemográfico e assistencial dos cuidadores de idosos e analisar os fatores associados à tensão excessiva associada ao cuidado.

## MÉTODOS

Estudo transversal que utilizou a base de dados do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), referente às coortes A, B e C do ano de 2010. A amostra foi constituída por 362 cuidadores, familiares ou não (empregada doméstica, cuidador remunerado ou outro não familiar), residentes no município de São Paulo (SP), os quais foram caracterizados quanto à idade, ao sexo, à escolaridade, ao estado marital, ao grau de parentesco com o idoso, à frequência de cuidado e a residir ou não com a pessoa cuidada.

A tensão excessiva associada ao cuidado foi somente verificada entre os cuidadores familiares ( $n = 331$ ), sendo, então, excluídos os 31 cuidadores não familiares da análise dos fatores associados a essa tensão. Para essa avaliação, foi utilizada a escala Zarit Burden Interview (ZBI)<sup>10</sup> adaptada e validada no Brasil<sup>11</sup>. Essa escala avalia a sobrecarga referida do cuidador informal frente a diferentes domínios: saúde, vida social, situação econômica, humor e tipo de relacionamento com a pessoa idosa. É composta de 22 itens, cada 1 categorizado de 0 (nunca) a 4 (sempre) pontos, perfazendo um total de 88 pontos que refletem o nível de tensão (sobrecarga) do cuidador. Quanto maior o escore, maior a sobrecarga identificada. Não há um ponto de corte estabelecido para a população brasileira que tenha sido validado, por essa razão, foram utilizados tercís para classificação.

Inicialmente, testou-se a normalidade da distribuição da variável sobrecarga, que não foi detectada ( $p = 0,000$ ), pelo teste Kolmogorov-Smirnov. Em seguida, a sobrecarga entre os cuidadores familiares foi dividida em tercís:

- 1º tercil: < 12 pontos;
- 2º tercil: entre 12 e 23 pontos;
- 3º tercil:  $\geq 24$  pontos.

Considerou-se tensão excessiva associada ao cuidado (sobrecarga) os cuidadores classificados no terceiro tercil. Primeiro e segundo tercís foram agrupados por não apresentarem diferenças estatísticas, sendo classificados como ausência de tensão excessiva.

Investigou-se a associação entre tensão excessiva dos cuidadores e as seguintes características:

- sociodemográficas: sexo, idade (contínua), estado civil (casado, viúvo, separado, solteiro) e grau de parentesco com o idoso (cônjuge, filho, neto, irmão, genro/nora, outro familiar);
- condições de saúde do idoso: dificuldade para realizar atividades básicas de vida diária (ABVD) (comer, banhar-se, vestir-se, atravessar um quarto caminhando, levantar da e sentar na cama, ir ao banheiro) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (cuidar do próprio dinheiro, utilizar algum meio de transporte, comprar alimentos, telefonar e tomar os próprios medicamentos), sintomas depressivos, declínio cognitivo, número de doenças, doenças referidas (hipertensão, diabetes, osteoporose, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças cardiovasculares, acidente vascular encefálico e osteoporose)

- e número de medicamentos (nenhum, apenas um e mais de um). A presença de sintomas depressivos foi avaliada pela escala de depressão geriátrica breve, tendo como pontos de corte valores maiores que cinco<sup>12</sup>. Estabeleceu-se como dotados de declínio cognitivo os idosos que apresentaram valores < 13 pontos no minixame do estado mental<sup>13</sup>;
- variáveis relacionadas ao cuidado e relação do cuidador com idoso: funcionalidade familiar, tempo na função de cuidador (< 1 ano, 1 a 5 anos, ≥ 5 anos), local de residência (mesmo domicílio, em domicílio próximo e em domicílio distante), impacto da atividade no trabalho/estudos, tempo dedicado ao cuidado (tempo todo, uma vez ao dia, dias alternados e sempre que necessário) e se recebe ajuda de outro cuidador.

A funcionalidade familiar foi avaliada pelo APGAR (*adaptability, partnership, growth, affection and resolve*) de família, validado no Brasil por Duarte<sup>14</sup>. Esse é um teste “screening” composto dos cinco domínios predominantes nas relações familiares — adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutive —, que avaliam o grau de satisfação do membro da família em questão e o comportamento de sua família frente a cada um deles, expresso de forma numérica, variando de 0 (nunca) a 4 (sempre). Escores de 0 a 8 classificam a família como de elevada disfunção familiar; de 9 a 12, moderada disfunção familiar; e de 13 a 20, boa funcionalidade familiar<sup>14</sup>.

A análise foi realizada no Stata versão 11.0. A regressão de logística foi utilizada para analisar a associação da sobrecarga dos cuidadores com as variáveis explanatórias. A magnitude da associação foi estimada pela razão de chances (*odds ratio* — OR) simples e ajustadas e em nível de significância de 5%. Utilizou-se a análise hierárquica, seguindo um sentido distal-proximal, iniciando pelas características sociodemográficas do cuidador (bloco 1), seguido das variáveis relativas às condições de saúde do idoso (bloco 2) e, depois, das variáveis relacionadas ao cuidado e à relação do cuidador com o idoso (bloco 3) (Figura 1).

As variáveis que obtiveram  $p < 0,20$  na análise univariada foram incluídas em seus respectivos blocos para a modelagem. A partir disso, eles foram sendo conjugados, construindo-se mais dois modelos (bloco 1 + 2 e bloco 1 + 2 + 3). Uma variável foi mantida no modelo do seu respectivo bloco quando apresentou  $p \leq 0,05$  ou quando houve mudanças na razão de chance ajustadas maiores de 10% nas variáveis do bloco anterior. Mantiveram-se as variáveis do bloco já testado que perderam significância ao ser incluída uma nova variável de outro bloco.

O Estudo SABE de 2000 foi submetido e aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (parecer nº 315/99). As ondas realizadas em 2006 e 2010 foram submetidas e aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Faculdade Saúde Pública da Universidade de São Paulo (pareceres nº 83/06 e nº 2.044/10, respectivamente).

## RESULTADOS

Dos 362 cuidadores avaliados, 91,5% eram familiares e 8,5%, não familiares. Entre os cuidadores não familiares, a maioria era mulher (92,2%), com média de idade de 50,7 anos

(DP  $\pm$  12,7) e casada (44,4%). Entre os cuidadores familiares, 53,6% eram filhos(as), 28,9%, cônjuges, 4,0%, irmãos(ãs), 3,7%, netos(as), 3,4%, genros ou noras e 6,4%, outros familiares. Com relação ao tempo dedicado ao cuidado, 34,4% referiram cuidado o tempo todo e 41,9% sempre que necessário. Parte deles (19,7%) relatou ter deixado suas atividades laborais para assumir a função de cuidador (Tabela 1).

Diferenças entre os cuidadores familiares e não familiares foram observadas no estado marital, no local de residência e no tempo de exercício na função de cuidar. Notou-se que a maioria dos cuidadores familiares referiu ser casado, residia com o idoso e exercia a função há mais de cinco anos (Tabela 1).

Na avaliação de tensão excessiva associada ao cuidado, 30,4% dos cuidadores, ou seja, quase um terço deles, apresentaram pontuações superiores a 24 pontos, configurando, assim, maior sobrecarga (Tabela 2).

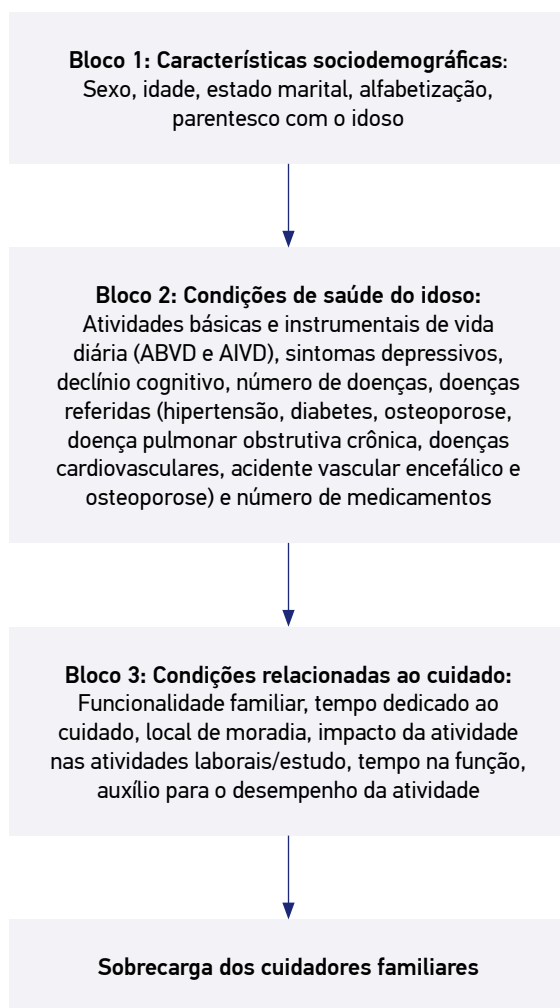


Figura 1. Blocos da análise hierárquica.

Tabela 1. Distribuição (%) dos cuidadores segundo características sociodemográficas, assistenciais e tipo de cuidador. Município de São Paulo, 2010 (n = 362).

Características	Familiares (n = 331)	Não familiares (n = 31)	Valor p
<b>Sexo</b>			
Homem	24,6	2,8	0,043*
Mulher	75,4	92,2	
Idade (média ± SD)	53,9 ± 15,5	50,7 ± 12,7	0,280
<b>Idade em categorias (anos)</b>			
< 60	61,0	75,7	0,162
≥ 60	39,0	24,3	
<b>Situação conjugal</b>			
Solteiro	21,1	14,6	0,004*
Casado	65,3	44,4	
Separado	8,3	28,9	
Viúvo	5,3	12,1	
<b>Alfabetização</b>			
Não	7,1	8,0	0,881
Sim	92,9	92,0	
<b>Distância geográfica em relação ao idoso</b>			
Mesmo domicílio	68,2	21,3	0,000*
Em domicílio próximo	27,4	46,2	
Em domicílio distante	4,4	32,5	
<b>Frequência de ajuda</b>			
Sempre que necessário	41,9	53,1	0,574
Uma vez por semana/dias alternados	2,0	1,3	
Uma vez ao dia	21,7	13,1	
O tempo todo	34,4	32,5	
<b>Há quanto tempo cuida do idoso (anos)</b>			
Menos de 1	11,3	34,1	0,014*
1 a 5	30,7	30,4	
Mais de 5	58,0	35,5	
<b>Há algum auxílio na prestação de cuidado</b>			
Sim	36,1	51,1	0,248
Não	63,9	48,9	
Total	91,5	8,5	

Fonte: Estudo SABE (2010). \*Valores menores do que 0,05.

Tabela 2. Distribuição (%) dos cuidadores familiares de acordo com tensão excessiva associada ao cuidado e características sociodemográficas e assistenciais. Município de São Paulo, 2010 (n = 321\*)

Variáveis	Tensão excessiva associada ao cuidado		OR	Valor p
	Não	Sim		
<b>Sexo</b>				
Homem	77,6	22,4	1,00	0,062
Mulher	64,0	36,0	1,95	
Idade (média ± SD)	51,9±	58,6	1,03	0,001**
<b>Estado civil</b>				
Casado	67,5	32,5	1,00	0,241
Solteiro	72,5	24,5	0,67	
Separado	53,1	46,9	1,83	
Viúvo	50,6	49,4	2,02	
<b>Parentesco com o idoso</b>				
Cônjuge	59,1	40,9	1,82	0,118
Filho(a)	69,7	30,3	1,14	
Outro familiar	72,5	27,5	1,00	
<b>Distância geográfica em relação ao idoso</b>				
Mesmo domicílio	61,3	38,7	1,00	0,005**
Em domicílio próximo	80,2	19,8	0,39	
Em domicílio distante	76,6	23,4	0,48	
<b>Frequência de ajuda</b>				
Sempre que necessário	80,2	19,8	1,00	0,000**
Em dias alternados	68,1	31,9	1,89	
Mais de uma vez ao dia	69,2	30,8	1,80	
O tempo todo	50,5	49,5	3,98	
<b>Parou de trabalhar</b>				
Não	69,3	30,7	1,00	0,144
Sim	58,6	41,4	1,59	
<b>Há quanto tempo cuida do idoso (anos)</b>				
Menos de 1	58,0	42,0	1,00	0,348
1 a 5	67,8	32,2	0,65	
Mais de 5	66,6	33,4	0,69	
<b>Alguma pessoa o auxilia</b>				
Não	64,3	35,7	1,00	0,310
Sim	68,9	31,1	0,78	
<b>Disfuncionalidade familiar</b>				
Não	73,2	26,8	1,00	0,000**
Sim	38,7	61,3	4,31	
Total	69,6	30,4		

\*Dez cuidadores familiares não responderam a escala de Zarit. \*\*Valores menores do que 0,05. Fonte: Estudo SABE (2010).

Na análise univariada, observou-se que os níveis tensionais estavam associados ao aumento da idade. Não residir no mesmo domicílio que o idoso é fator protetor da sobrecarga, quando comparados aos que residiam no mesmo domicílio. Referir o exercício da função como contínua associa-se à maior sobrecarga em relação aos que auxiliavam conforme a necessidade do idoso, o que, de certa forma, expressa a tensão envolvida no desempenho da função, que, de tão intensa, torna-se imensurável. A identificação da família como disfuncional pelo cuidador aumentava quatro vezes a chance de ter tensão associada ao cuidado (Tabela 2).

Cuidar de idosos mais dependentes aumenta significativamente a chance para sobrecarga dos cuidadores: 2,84 para as ABVD e 22,5 para as AIVD. O mesmo pode ser observado com idosos que apresentavam presença de declínio cognitivo (OR = 1,98;  $p = 0,10$ ) e acidente vascular encefálico (OR = 2,07;  $p = 0,009$ ) (Tabela 3).

Na análise múltipla, as características que se associaram à tensão excessiva dos cuidadores familiares foram idade (OR = 1,04;  $p = 0,001$ ), disfunção familiar (OR = 5,60;  $p = 0,000$ ) e relato de prestação de cuidado contínuo (OR = 2,78;  $p = 0,030$ ), ajustados por sexo do cuidador, dificuldade em realizar as ABVD, presença de declínio cognitivo e acidente vascular encefálico nos idosos (Tabela 4).

## DISCUSSÃO

Neste estudo, mais recente, pode-se constatar que, ainda hoje, há predomínio de mulheres, casadas, com média de idade acima de 50 anos entre os cuidadores de idosos familiares e não familiares, corroborando outros achados<sup>3,4,7,8,15-17</sup>. Historicamente, as mulheres assumiram a função de cuidar dos seus membros familiares mais necessitados, inicialmente, por tal função ser vista como mais feminina, depois, pelo fato de ainda não estarem inseridas no mercado de trabalho<sup>18,19</sup>.

Embora o panorama social tenha sido drasticamente modificado e, hoje, seja impossível imaginar o mercado de trabalho sem a contribuição das mulheres, medidas legislativas protetivas às filhas/esposas que trabalham não foram adotadas da mesma forma que o foram para as mães trabalhadoras, o que contribui, e muito, para a elevação dos níveis tensionais dos cuidados.

As filhas assumem os cuidados dos pais idosos mesmo que existam filhos do sexo masculino na família. Estes, algumas vezes, se encarregam da ajuda material ou de tarefas externas, como transportar o idoso para outros ambientes (consultas, exames etc.)<sup>20</sup>.

Essa realidade e as mudanças nos arranjos familiares<sup>21</sup> contribuem para a elevação da proporção de cuidadores do sexo masculino (25%). Esse dado é superior aos encontrados por Gonçalves et al.<sup>22</sup> (15,7%) e Vilela et al.<sup>23</sup> (12,5%), semelhante ao de Fuhrmann et al.<sup>3</sup> e inferior aos descobertos por Gonçalves et al.<sup>24</sup> (40,2%), Caregiving EUA 50 +<sup>25</sup> (40,0%) e Gratão et al.<sup>4</sup> (33,8%).

Essa mudança é um desafio para os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, que devem ampliar seu olhar para o “homem cuidador” e rever seus estereótipos associados



ao cuidar como uma função feminina. É preciso e possível encorajá-los a assumir essa tarefa familiar, a exemplo daqueles que decidiram cuidar de suas esposas, contrariando corajosamente os valores sociais e culturais e lançando-se à tarefa de cuidar, classificada como eminentemente feminina<sup>24</sup>.

A presença de cuidadores de meia idade também é um desafio, pois sua reserva funcional pode estar ficando comprometida e impactar, em algum momento, no melhor desempenho

Tabela 3. Distribuição (%) dos idosos segundo condições de saúde e tensão excessiva associada ao cuidado. Município de São Paulo, 2010 (n = 321).

Variáveis	Tensão excessiva associada ao cuidado		OR	Valor p
	Não	Sim		
<b>Dificuldade nas ABVD</b>				
Nenhuma	73,3	26,7	1,00	
Uma ou duas	75,1	24,9	0,91	0,768
Três ou mais	49,1	50,9	2,84	0,001*
<b>Dificuldade nas AIVD</b>				
Nenhuma	97,3	2,7	1,00	
Uma ou duas	76,3	23,7	11,10	0,045*
Três ou mais	61,4	38,6	22,51	0,006*
<b>Condições clínicas</b>				
Hipertensão arterial	68,6	31,4	0,76	0,397
Diabetes	66,6	33,4	1,03	0,890
Doença pulmonar obstrutiva crônica	62,4	37,6	1,26	0,608
Doença cardíaca	61,9	38,1	1,41	0,213
Acidente vascular encefálico	54,2	45,8	2,07	0,009*
Doença osteoarticular	67,9	32,1	0,96	0,902
Osteoporose	72,7	27,3	0,70	0,163
Multimorbidade	66,0	34,0	1,24	0,495
Polifarmácia	64,9	35,1	1,36	0,298
Declínio cognitivo	57,3	42,7	1,98	0,010*
Depressão	64,7	35,3	1,79	0,077
<b>Total</b>	<b>69,6</b>	<b>30,4</b>		

ABVD: atividades básicas de vida diária; AIVD: atividades instrumentais de vida diária. \*Valores menores do que 0,05. Fonte: Estudo SABE (2010).

de suas funções, comprometendo a qualidade do cuidado prestado ao idoso mais dependente. Além disso, pode negligenciar seu próprio cuidado, acumulando, assim, o risco de desenvolver doenças físicas e emocionais que venham a comprometer sua saúde e refletir negativamente nos cuidados prestados<sup>5,8,21</sup>.

Estudo desenvolvido com 1.087 cuidadores familiares de pessoas ( $\geq 50$  anos) revelou que estes expressaram o desejo de receber informações sobre como manter seu ente querido seguro em casa (43%) e sobre como gerenciar o próprio estresse (42%)<sup>25</sup>. Alguns estudos<sup>17,26,27</sup> apontaram que os cuidadores carecem de suporte profissional e de um espaço para compartilhar dúvidas e anseios, reforçando a necessidade de implementação de políticas públicas voltadas para a atenção à saúde do cuidador, assim como ações para instrumentalizar as famílias para a assistência efetiva a seus familiares idosos mais dependentes.

A maioria dos cuidadores (75%) coresidia com o idoso, o que, por um lado, pode facilitar o desempenho das atividades assistenciais e, por outro, contribuir com as condições econômicas desfavoráveis das famílias<sup>24</sup>. Muitos cuidadores estão desempregados e sobrevivem numa situação de coresidência com o idoso, vivendo também da renda deste enquanto lhe oferece cuidado<sup>1</sup>.

As famílias são, ainda hoje, os principais responsáveis pelo cuidado da pessoa idosa devido às questões culturais e à escassez de serviços de cuidados de longa duração<sup>28</sup>. Respondem pelo apoio social, funcional, econômico, material e afetivo. Essa assistência toma formas de ajuda nas tarefas domésticas, asseio e outras atividades de vida diária, companhia, apoio afetivo em tempos normais e de crise, transporte e acompanhamento a diversos lugares, cuidados com a medicação e auxílio no caso de doença<sup>29</sup>.

Em 2015, nos Estados Unidos, foi desenvolvido o relatório *Caregiving*, mostrando que seis em cada dez cuidadores de indivíduos ( $\geq 50$  anos) os auxiliam em pelo menos uma ABVD,

Tabela 4. Fatores associados à tensão excessiva associada ao cuidado em cuidadores familiares de idosos. Modelos de regressão logística múltipla hierarquizada. Município de São Paulo, 2010 (n = 321).

Variáveis	OR <sub>ajustado</sub> <sup>*</sup>	IC95%	Valor p
Idade do cuidador (contínua)	1,04	1,02 - 1,06	0001**
Disfunção familiar			
Não	1,00		0,000**
Sim	5,60	2,33 - 13,45	
Frequência de cuidado			
Sempre que necessário	1,00		
Em dias alternados	1,41	0,55 - 3,62	0,467
Mais de uma vez ao dia	1,65	0,20 - 13,10	0,630
O tempo todo	2,78	1,11 - 7,00	0,030**

IC: intervalo de confiança. \*Modelo ajustado por dificuldade nas atividades básicas de vida diária, declínio cognitivo, acidente vascular encefálico e sexo do cuidador. \*\*Valores menores do que 0,05. Fonte: Estudo SABE (2010).

principalmente a transferência da cama para a cadeira (45%), e colaboram, em média, com a execução de quatro de sete AIVD, como transporte (78%), compras (76%) ou tarefas domésticas (72%)<sup>25</sup>.

As funções atribuídas ao cuidador envolvem o desempenho de atividades práticas da vida diária que visam auxiliar o idoso fisicamente ou cognitivamente comprometido<sup>26</sup>. Tais tarefas são, muitas vezes, desenvolvidas sem orientações ou suporte adequados, por envolverem alterações nas rotinas e no dispêndio de tempo no cuidado, e podem afetar, de forma significativa, sua qualidade de vida.

O ato de cuidar, assim compreendido, pode ser um importante fator estressor e, quando associado ao caráter crônico da situação, pode repercutir negativamente nos níveis tensionais dos cuidadores<sup>30</sup>. No presente estudo, notou-se que a maioria deles se dedicava o tempo todo ou pelo menos uma vez ao dia. Alguns autores identificaram que os cuidadores gastam uma quantidade considerável de tempo e esforço para assumir a responsabilidade de cuidar e encontraram que mais de metade gasta, em média, quatro a cinco horas/cuidados-dia com o idoso<sup>31</sup>. As diferentes condições de cuidado encontradas, por não serem as mais adequadas, podem trazer como consequências o aumento dos níveis tensionais (sobrecarga).

Dominguez-Sosa et al.<sup>32</sup> realizaram um estudo com cuidadores de beneficiários do Instituto Mexicano de Seguridade Social e encontraram prevalência de sobrecarga (leve/intensa) de 15%, metade do observado neste estudo (30,4%). Tal diferença pode estar associada à classificação adotada.

Cuidadores que apresentam maiores níveis tensionais associados ao cuidado diminuem suas relações sociais, afastando-se de relacionamentos afetivos e profissionais, diminuindo sua rede social e as oportunidades de convívio e lazer<sup>7</sup>.

Diante do exposto, Pearlin et al.<sup>33</sup> propuseram um modelo para explicar o processo de cuidar do bem-estar dos cuidadores familiares. Esse modelo compreende quatro domínios explicativos:

1. antecedentes e contexto do estresse, que incluem características sociais e econômicas do cuidador;
2. estressores, composto dos primários, diretamente relacionados com a provisão de cuidados, como o estado cognitivo, comportamental, problemas e extensão da dependência do destinatário do cuidado; e dos secundários, que surgem dos primários e são de natureza mais subjetiva, como conflito familiar, e autoestima;
3. mediadores do estresse: enfrentamento e apoio social são os principais que podem explicar a variabilidade nas respostas aos estressores entre os cuidadores;
4. resultados ou manifestações de estresse: bem-estar físico e mental do cuidador.

Neste estudo, observou-se que os fatores associados à tensão excessiva compreendiam o domínio de estressores (relato de disfunção familiar e prestação de cuidado contínuo). A adoção de medidas que auxiliem o suporte familiar poderia contribuir com a permanência do idoso em sua casa, evitando, assim, a institucionalização<sup>34</sup>.

A associação da disfuncionalidade familiar e tensão excessiva associada ao cuidado pode ser justificada pela incapacidade de adaptação dos membros da família diante das necessidades e crises, não mobilizando recursos ou mesmo sua participação no cuidado dos idosos<sup>24,35</sup>. A boa funcionalidade familiar, por outro lado, pode garantir que os idosos, mesmo dependentes, continuem vivendo na comunidade, juntamente com seus familiares.

Os resultados encontrados são desafiadores, pois colocam em xeque a organização dos serviços formais de apoio e a interação entre os profissionais, os cuidadores familiares e as intervenções em rede. O impacto da tarefa de cuidar pode ser atenuado pela partilha, não só dentro da rede social de suporte existente, mas recorrendo a outras redes de apoio, como grupos de suporte ou psicoeducativos<sup>36</sup>.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que os cuidadores são, em sua maioria, familiares, do sexo feminino, filhas, moradoras da mesma casa do idoso e responsáveis por cuidado diário. Parte deles encontrava-se sobrecarregado, o que está associado à frequência do cuidado e às condições funcionais e cognitivas do idoso.

Diante disso, os profissionais de saúde devem orientar os cuidadores com as demandas de cuidados decorrentes da condição mental e funcional dos idosos para diminuir a sobrecarga a fim de diminuir o peso e o estresse e aumentar a qualidade de vida dos cuidadores e de seus familiares doentes.

Os achados apontam a necessidade de políticas públicas que incluam as necessidades e o suporte aos cuidadores, em especial, os familiares de pessoas idosas, a fim de melhorar a qualidade de vida dos cuidadores familiares e a qualidade dos cuidados prestados às pessoas idosas.

## REFERÊNCIAS

1. Camarano AA. Os novos idosos brasileiros muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA; 2004.
2. Pavarini SCI, Neri AL, Brígola AG, Ottaviani AC, Souza EM, Rossetti ES, et al. Elderly caregivers living in urban, rural and high social vulnerability contexts. *Rev Esc Enferm USP* 2017; 51: e03254. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016040103254>
3. Fuhrmann AC, Bierhals CCBK, Santos NO, Paskulin LMG. Associação entre a capacidade funcional de idosos dependentes e a sobrecarga do cuidador familiar. *Rev Gaúcha Enferm* 2015; 36(1): 14-20. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.01.49163>
4. Gratão ACM, Talmelli LFS, Figueiredo LC, Rosset I, Freitas CP, Rodrigues RAP. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. *Rev Esc Enferm* 2013; 47(1): 137-44. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100017>
5. Nardi EFR, Sawada NO, Santos JLF. Associação entre a incapacidade funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador familiar. *Rev Latino-Am Enferm* 2013; 21(5): 1093-113.
6. Pedreira LC, Lopes RLM. Vivência do idoso dependente no domicílio: análise compreensiva a partir da historicidade heideggeriana. *Rev Eletr Enf* 2012; 14(2): 304-12. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i2.10313>
7. Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Influence of social support on the quality of life of family caregivers while caring for people with dependence. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [acesso em 22 jan. 2017]; 45(4): 884-9. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/en\\_v45n4a13.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/en_v45n4a13.pdf)

8. Pereira RA, Santos E, Fhon JRS, Marques S, Rodrigues RAP. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(1): 185-92. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100023>
9. Morais HCC, Soares AMG, Oliveira ARS, Carvalho CML, Silva MJ, Araújo TL. Sobrecarga e modificações de vida na perspectiva dos cuidadores de pacientes com acidente vascular cerebral. *Rev Latino-Am [Internet]*. 2012 [acesso em 19 maio 2018]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt_17.pdf)
10. Zarit SH, Zarit JM. The Memory and Behaviour Problems Checklist 1987R and the Burden Interview (Technical report). Filadélfia: Pennsylvania State University; 1987.
11. Scazufca M. Versão brasileira da escala Burden Interview para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com doenças mentais. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24(1): 12-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000100006>
12. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr* 1999; 57(1): 421-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>
13. Icaza MC, Albala C. Projeto SABE. Minimal State Examination (MMSE) del estudio de dementia en Chile: análisis estatístico. Genebra: OPAS; 1999.
14. Duarte YAO. Família: rede de suporte ou fator estressor: a ótica de idosos e cuidadores familiares [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade São Paulo; 2001.
15. Ajay S, Kasthuri A, Kiran P, Malhotra R. Association of impairments of older persons with caregiver burden among family caregivers: Findings from rural South India. *Arch Gerontol Geriatr* 2017; 68: 143-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2016.10.003>
16. Anjos KF, Boery RNDO, Santos VC, Boery EN, Rosa DOS. Características de idosos e de seus cuidadores familiares. *Rev Enferm UFPE* 2017; 11(3): 1146-5. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i3a13489p1146-1155-2017>
17. Miranda ACC, Sérgio SR, Fonseca GNS, Coelho SMC, Rodrigues JS, Cardoso CL, et al. Avaliação da presença de cuidador familiar de idosos com déficits cognitivo e funcional residentes em Belo Horizonte-MG. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2015; 18(1): 141-50. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.13173>
18. Guedes OS, Daros MA. O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. *Serv Soc Rev.* 2009; 12(1): 122-34. <http://dx.doi.org/10.5433/1679-4842.2009v12n1p122>
19. Moreira MD, Caldas CP. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. *Esc. Anna Nery* 2007; 11(3): 520-5. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452007000300019>
20. Neri AL, Sommerhalder C. As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. In: Neri AL (Ed.). *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. 3ª ed. Campinas: Alínea; 2012.
21. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3): 861-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300019>
22. Gonçalves LHT, Alvarez AM, Sena ELS, Santana LWS, Vicente FR. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto Contexto Enferm* 2006; 15(4): 570-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000400004>
23. Vilela ABA, Meira EC, Souza AS, Souza DM, Cardoso IS, Sena ELS, et al. Perfil do familiar cuidador de idoso doente e/ou fragilizado do contexto sociocultural de Jequié-BA. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2006; 9(1): 55-69.
24. Gonçalves LHT, Costa MAM, Martins MM, Nassar SM, Zunino R. A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal. *Rev Latino-Am Enferm [Internet]* 2011 [acessado em 28 fev. 2018]; 19(3): [9 telas]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt\\_03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_03.pdf)
25. National Alliance for Caregiving, Public Policy Institute. *Caregiving in the U.S.* [Internet] 2015 [acessado em 22 jan. 2018]. Disponível em: [http://www1.prweb.com/prfiles/2015/06/03/12765231/2015\\_CaregivingintheUS\\_Final%20Report\\_WEB.pdf](http://www1.prweb.com/prfiles/2015/06/03/12765231/2015_CaregivingintheUS_Final%20Report_WEB.pdf)
26. Diniz MAA, Figueiredo LC, Neri KH, Gaioli CCL, Casemiro FG, Melo BRS, et al. Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. *Ciênc Saúde Colet* [Internet] 2016 [acessado em 11 dez. 2017]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/estudo-comparativo-entre-cuidadores-formais-e-informais-de-idosos/15954>
27. Mafra SCT. A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2011; 14(2): 353-63. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232011000200015>
28. Camarano AA, Mello JL. Introdução. In: Camarano AA (Ed.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea; 2010. p. 13-38.
29. Rodrigues SLA, Watanabe HAW, Derntl AM. A saúde de idosos que cuidam de idosos. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40(4): 493-500.

30. Carretero S, Garcés J, Ródenas F, Sanjosé V. The informal caregiver's burden of dependent people: theory and empirical review. *Arch Gerontol Geriatr* 2009; 49(1): 74-9. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.05.004>
31. Pinto-Afanador N, Barrera-Ortiz L, Sánchez-Herrera B. Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa "cuidando a los cuidadores". *Rev Aquichan* 2005; 5(4): 128-37.
32. Domínguez-Sosa G, Zavala-González MA, De la Cruz-Méndez DC, et al. Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México. *Rev MED UIS [internet]* 2010; 23(1): 28-37.
33. Pearlin LI, Mullan JT, Sempke SJ, Skaff MM. Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist* 1990; 30(5): 583-94. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/30.5.583>
34. McFall S, Miller BH. Caregiver burden and nursing home admission of frail elderly persons. *J Gerontol* 1992; 47(2): S73-9.
35. Roca-Roger M, Úbeda-Bonet I, Fuentelsaz-Gallego C, López-Pisa R, Pont-Ribas A, García-Viñets L, et al. Impacto del hecho de cuidar em la salud de lós cuidadores familiares. *Atención Primaria* 2000; 26(4): 217-23. [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78650-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78650-1)
36. Figueiredo D, Lima MP, Sousa L. Cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência: Rede social, pessoal e satisfação com a vida. *Psic Saúde Doenças* 2012; 13(1): 117-29.

Recebido em: 27/07/2018

Aprovado em: 28/08/2018

