

# Avaliação do Estresse em Cuidadores de Idosos na Unidade de Saúde da Família “Vila Saúde”

ANDREA LINS TAVARES VIEIRA<sup>1</sup>, THAYSA FERNANDA DE CARVALHO RODRIGUES<sup>1</sup>  
LUIZ VIEIRA GOMES SEGUNDO<sup>2</sup>, RENAN FERNANDES DE LIMA<sup>2</sup>, EDUARDO GOMES DE MELO<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médica, graduada na Universidade Federal da Paraíba (UFPB);

<sup>2</sup>Estudante de Medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB);

<sup>3</sup>Professor do Departamento de Medicina Interna da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

## • Autor para correspondência:

Andrea Lins Tavares Vieira

Email: andrealtb@yahoo.com.br

## Resumo

As transformações da população brasileira aumentaram a incidência de doenças crônicas em idosos. Cuidar do idoso é difícil, pois é geralmente feito por apenas uma pessoa. Os cuidadores sentem maiores níveis de ansiedade, resultando em cuidado desequilibrado, com resultados insatisfatórios. **Objetivos:** Avaliar a sobrecarga do cuidador de idosos, desenhar o perfil sociodemográfico do cuidador, investigar determinantes da tensão do cuidador. **Método:** Trata-se de estudo quantitativo, de corte transversal. Foram entrevistados 20 cuidadores de idosos, usuários da Estratégia Saúde da Família na Unidade Vila Saúde, em João Pessoa, Paraíba. Utilizou-se o questionário sociodemográfico e o Questionário de sobrecarga do cuidador – Zarit Burden Interview. Para determinar os fatores associados à sobrecarga, utilizou-se análise multivariada com regressão múltipla, modelo Stepwise. As variáveis com  $p < 0.25$  na regressão univariada entraram no modelo multivariado. O critério de entrada no modelo multivariado foi  $p = 0.15$  e o critério de remoção  $p = 0.25$ . A significância adotada foi 5%. **Resultados:** Os fatores mais influentes foram “idoso não caminhar” e ser “cuidador único”, cujo modelo multivariado apresentou  $R^2 = 0.16$ ,  $p = 0.09$ . A mulher é cuidadora principal. Nenhum fator se associou significativamente com o estresse do cuidador. **Conclusão:** Os cuidadores apresentaram sobrecarga leve a moderada, reforçando a importância da participação de toda rede de

cuidado na saúde do idoso e do cuidador.

**Palavras-chave:** Idoso fragilizado, Cuidados de saúde não remunerados, Estratégia Saúde da Família, Saúde do idoso.

### Abstract

The transformations of the Brazilian population have led to the increase in the incidence of chronic diseases in the elderly. Caring for a frail elderly family member is hard because it is generally delegated to only one person. The caregiver tend to experience higher anxiety levels, resulting in unbalanced care situation, accompanied by unsatisfactory result. **Objectives:** Assess the caregiver burnout of elderly; define the sociodemographic profile of the caregiver, investigate determinants involved in the occurrence of caregiver strain. **Methods:** It is a quantitative, cross-sectional study. We interviewed 20 caregivers of elderly people, users of the Family Health Strategy at Family Health Unit Vila Saúde in João Pessoa, Paraíba. The research used a questionnaire with sociodemographic variables and the Caregiver burden questionnaire - Zarit Burden Interview. To determine the factors associated with caregiver burden, the research used the multivariate analysis with multiple regression, model stepwise. The variables with  $p < 0.25$  in the univariate regression entered in the multivariate model. The entry criteria in the multivariate model was  $p = 0.15$ , and removal criteria was  $p = 0.25$ . The significance adopted was 5%. **Results:** The most influential factors were elderly not walking and being single caregiver, whose multivariate model showed  $R^2 = 0.16$ ,  $p = 0.09$ . The woman is the primary caregiver. None assessed factor was significantly associated with caregiver stress. **Conclusion:** Caregivers had levels of burden mild to moderate, reinforcing the importance of the participation of entire network of care in the health of the elderly and the caregiver.

**Keywords:** Frail elderly, Uncompensated care, Family Health Strategy, Health of the elderly.

O envelhecimento da população configura-se como um fenômeno da atualidade de abrangência mundial. No Brasil, em 2025, teremos cerca de 34 milhões de idosos, representando 15% da população total<sup>1</sup>. Proporcionalmente, a faixa etária de 60 anos ou mais é a que mais cresce. Projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS) evidenciam que o número de idosos no Brasil, no período de 1950 a 2025, aumentará em 15 vezes, enquanto o restante da população em 5. Assim, o Brasil será o sexto país quanto ao contingente de idosos em 2025, devendo ter cerca de 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos<sup>2</sup>.

As transformações dos perfis demográfico e epidemiológico da população brasileira têm levado a um aumento progressivo da incidência de doenças crônicas não transmissíveis, que acometem significativa parcela da população idosa<sup>3</sup>. O envelhecimento enfermo resulta em limitações físicas ou cognitivas que levam a uma dependência parcial ou total das atividades da vida diária, gerando demanda de cuidados voltados para as necessidades de cada idoso. A dependência é a expressão da dificuldade ou incapacidade em realizar uma atividade específica em razão de um problema de saúde<sup>4</sup>.

As doenças crônico-degenerativas decorrentes do aumento da longevidade são consideradas as principais causas do aumento do número de idosos portadores de incapacidades, com perda da independência e comprometimento da autonomia. No Brasil, aproximadamente 40% das pessoas com 65 anos ou mais dependem de algum tipo de ajuda para a realização de, pelo menos, uma tarefa, sendo o apoio prestado predominantemente por familiares<sup>1</sup>.

O cuidador é considerado um indivíduo no processo do cuidado ao idoso que absorve níveis diferentes de ansiedade, em função de algumas características, como a modificação de papéis sociais. A adaptação à condição de cuidador demanda dedicação, paciência e abnegação<sup>1</sup>. O cuidador principal é aquele que tem a total ou a maior responsabilidade pelos cuidados prestados ao idoso fragilizado, no domicílio. Os cuidadores secundários são os familiares, voluntários e profissionais que prestam atividades complementares. Usa-se a denominação “cuidador formal” (principal ou secundário) para o profissional contratado e “cuidador informal” para os familiares, amigos e voluntários da comunidade<sup>5</sup>.

A cultura brasileira evidencia a crença de que o cuidado de um idoso deve ser desenvolvido pela própria família em domicílio. Isso é constatado especialmente se o indivíduo dependente for o cônjuge, os pais ou os avós. A literatura refere-se a tal fato como uma natu-

realização da ideia de família cuidadora<sup>6</sup>. A experiência de assumir a responsabilidade por idosos dependentes tem sido referida por cuidadores familiares como uma tarefa exaustiva e estressante, pelo envolvimento afetivo e por ocorrer uma transformação de uma relação anterior de reciprocidade em uma relação de dependência, em que o cuidador, ao desempenhar atividades relacionadas ao bem-estar físico e psicossocial do idoso, passa a ter restrições em relação à sua própria vida<sup>7</sup>.

Os familiares ocupam papel especial, já que são eles que diuturnamente participam da construção das referências do idoso para lidar com o seu cotidiano. A falta de suporte das instituições de saúde, a ausência de orientações adequadas, a alteração das rotinas e o tempo despendido no cuidado têm impacto sobre a qualidade de vida do cuidador<sup>8</sup>.

O cuidar de um familiar idoso costuma ser uma tarefa árdua, sobretudo porque geralmente esta tarefa é delegada a apenas uma pessoa, que acumula essa atividade a outras de sua rotina pessoal. Estudos mostram que essa situação interfere na vida do cuidador, pois, além de seus compromissos, ele precisa dedicar-se ao desenvolvimento do conhecimento e das habilidades referentes às necessidades do idoso. Como resultado, ocorre uma sobrecarga, que, muitas vezes, leva o cuidador ao adoecimento físico e mental<sup>6</sup>.

Frequentemente os familiares veem-se limitados, e os sentimentos de desespero, raiva e frustração alternam-se com os de culpa por “não estar fazendo o bastante” por um parente amado. A rotina doméstica altera-se completamente. Geralmente, há uma perda da atividade social da família. O aumento da despesa também é fator preocupante para a família<sup>5</sup>. Os cuidadores, ao se perceberem sobrecarregados, tendem a sentir maiores níveis de ansiedade e, conseqüentemente, a desempenharem suas funções aquém de suas capacidades, o que resulta numa situação de cuidado desequilibrada, normalmente acompanhada por resultados insatisfatórios<sup>7</sup>.

O estresse decorre da necessidade de cuidados ininterruptos, do difícil manejo das manifestações psiquiátricas, somadas a questões emocionais anteriores à instalação da doença. Na literatura, evidencia-se que cuidadores que pertencem à família nuclear (esposas e filhas) estão ainda mais expostos a um elevado grau de sobrecarga, assim como quanto maior o número de meses que o cuidador está nessa atividade, maior a sobrecarga apresentada<sup>6</sup>.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Idosos recomenda que essas pessoas devam também receber cuidados especiais, considerando que “a tarefa de cuidar de um adulto dependente é desgastante e implica riscos de tornar doente e igualmente dependente

o cuidador” (CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2002:[s.p.])<sup>2</sup>.

Separar a atenção ao idoso da atenção ao cuidador é tarefa difícil, pois há uma interdependência entre a saúde de ambos. Para cuidar é preciso estar bem cuidado. Diante disso, torna-se fundamental voltar o olhar para o cuidador, discutindo suas angústias e demandas, para que sejam criadas estratégias para melhoria de sua qualidade de vida e mais capacitação.

Sendo assim, o objetivo deste trabalho é avaliar a sobrecarga do cuidador de idosos dependentes, bem como desenhar o perfil sociodemográfico do cuidador desses idosos, investigar os determinantes envolvidos na ocorrência da tensão do cuidador e mostrar o impacto que um idoso dependente tem na sua família.

## Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo, de corte transversal, do qual participaram 20 cuidadores de idosos dependentes com doenças crônicas, usuários do Programa de Saúde da Família (PSF) na Unidade de Saúde da Família (USF) Vila Saúde – Jardim Itabaiana, Distrito Sanitário II, localizada na Rua Engenheiro Sérgio Rubens de Albuquerque, nº326, bairro do Cristo, João Pessoa/PB.

Os participantes incluídos na pesquisa foram aqueles com mais de 18 anos, que cuidavam de idosos com mais de 60 anos há mais de seis meses, sem nenhum tipo de remuneração, e que concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos da pesquisa aqueles que apresentavam desordens psiquiátricas ou incapacidade cognitiva para participar da entrevista.

Os dados foram coletados através de entrevista, utilizando-se um formulário de pesquisa com questões sobre o perfil sociodemográfico elaborado pelos autores. Para avaliação da sobrecarga, foi utilizado, também sob a forma de entrevista, o Questionário de sobrecarga do cuidador – Zarit Burden Interview (ZBI) –, que é composto por 22 itens que avaliam a relação cuidador-paciente, a condição de saúde, o bem-estar psicológico, finanças e vida social. Essa escala apresenta respostas que variam de 0 a 4, de acordo com presença ou intensidade de uma resposta afirmativa (0=nunca, 1=raramente, 2=algumas vezes, 3=frequentemente e 4=sempre). A exceção é o último item, no qual o entrevistado é questionado se está se sentindo sobrecarregado no papel de cuidador e as respostas são: 0=nem um pouco, 1=um pouco, 2=moderadamente, 3=muito, 4=extremamente. O escore total da escala varia de 0 a 88. Quanto maior o escore, maior a sobrecarga do cuidador.

O pacote estatístico Statistical Package for the Social Scien-

ces (SPSS Statistics), versão 20.0, foi empregado para a análise dos dados. Para a análise descritiva, foram usadas medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis quantitativas e distribuição de frequências para as variáveis qualitativas. Para acessar a influência das variáveis independentes sobre a variável dependente (escore de sobrecarga do cuidador), lançou-se mão da análise multivariada com regressão múltipla para análise concomitante de todas as variáveis de interesse. Simultaneamente foram utilizadas variáveis contínuas e binárias entre as variáveis independentes no modelo de regressão.

Antes da aplicação das técnicas de regressão, as variáveis foram submetidas à Análise de Resíduos. A pesquisa valeu-se do histograma da distribuição dos resíduos para verificação visual da normalidade da distribuição. Os *outliers* foram definidos como os valores além de  $\pm 3,3$  no gráfico de distribuição dos valores residuais<sup>9</sup>. Adicionalmente, utilizou-se a Distância de Mahalanobis na aplicação da regressão univariada como método estatístico para verificar a presença de *outliers*.

Para garantir a correlação mais acurada entre as variáveis independentes e a variável dependente, a estatística foi realizada em duas etapas. Na primeira, todas as variáveis com potencial de exercer efeito sobre a sobrecarga do cuidador foram selecionadas para um modelo de regressão univariado. Neste modelo, as variáveis cujo coeficiente excedeu um valor de  $p = 0,25$  foram excluídas da análise. Após isso, as variáveis selecionadas foram incluídas no modelo multivariado. Utilizou-se o Método Stepwise de entrada das variáveis na equação de regressão. Adotou-se como critério de entrada um valor de  $p=0,15$  e como critério de remoção um valor de  $p=0,25$ .

No modelo final da regressão múltipla, a multicolinearidade foi acessada pela existência de valores de Tolerância menores que 0,1 ou valores de Fator de Inflação da Variância (VIF) maiores que 10. A significância do modelo de regressão foi testada a partir da Analysis of Variance (ANOVA). A significância adotada para a estatística inferencial foi de 5%.

O estudo seguiu os preceitos da Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa com Seres Humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Plataforma Brasil sob o número 1603412.6.0000.5186.

## Resultados

Um total de 20 cuidadores de idosos compôs a amostra. A mé-

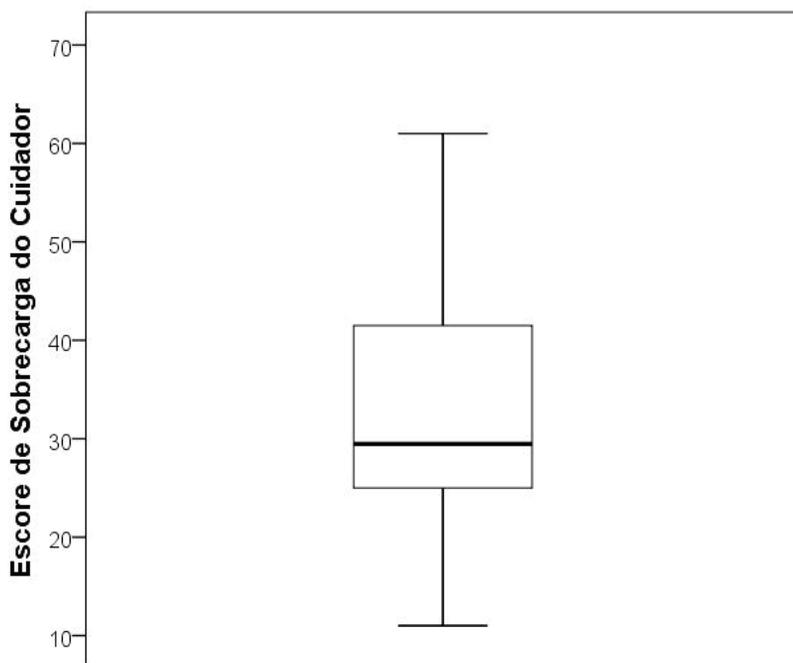
dia de idade foi de 48,4 anos, com intervalo de  $\pm 10$  anos, sendo 85% do sexo feminino. Todos eram provenientes da cidade de João Pessoa, e, destes, 60% eram naturais do interior do estado da Paraíba. Quanto ao estado civil, 9 cuidadores (45%) eram solteiros, 8 (40%) casados, 2 (10%) divorciados e 1 (5%) viúvo. Quanto à renda familiar, 14 cuidadores (70%) ganhavam de 1 a 4 salários mínimos, 4 (20%) até 1 salário mínimo, e apenas 2 (10%) tinham renda maior que 4 salários mínimos. Com relação à escolaridade, 2 (10%) eram analfabetos, 6 (30%) possuíam Ensino Fundamental incompleto, 2 (10%) Ensino Fundamental completo, 8 (40%) Ensino Médio completo e 2 (10%) Ensino Superior completo.

Quanto ao cuidado com o paciente idoso, todos os cuidadores apresentavam relação de parentesco com este, sendo que 16 (80%) eram filhos, 3 (15%) cônjuges e 1 (5%) neto. Apenas 4 (20%) desses cuidadores trabalhavam fora de casa. Dezesete cuidadores (85%) moravam com o idoso, 11 (55%) eram cuidadores únicos, 11 (55%) relataram experiência anterior de cuidado com idoso, 7 (35%) relataram a prática de alguma atividade de lazer.

Quanto às características do idoso, tem-se que a idade média do idoso era de  $80 \pm 10,7$  anos. Apenas 8 (40%) dos idosos cuidados podiam caminhar. As patologias mais prevalentes eram Hipertensão Arterial Sistêmica (50%), Síndrome Demencial (30%), doença osteoarticular (30%), Diabetes Mellitus tipo 2 (25%), sequela de Acidente Vascular Encefálico (25%) e Câncer de Próstata (10%). Dentre outras condições menos prevalentes, citam-se insuficiência renal crônica, fratura de fêmur, osteoporose, doença pulmonar obstrutiva crônica e amaurose.

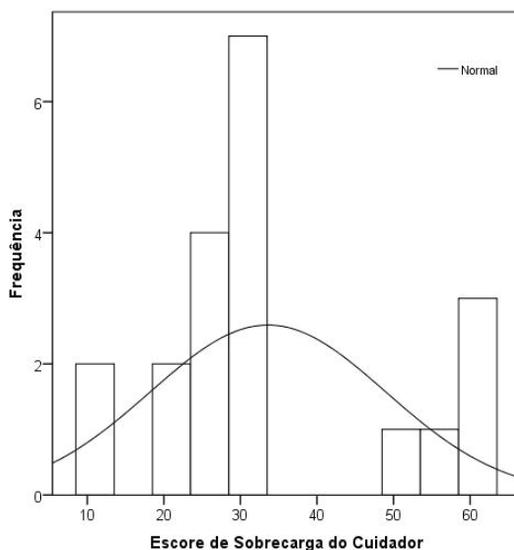
Com relação ao Escore de Sobrecarga do Cuidador, o escore mediano foi de 29,5 com intervalo interquartil de 16,5. O valor mínimo foi de 11 pontos e o máximo de 61 (Figura 1). A variável apresentou distribuição não-normal, atestada pela curva de normalidade de base alargada no histograma da variável (Figura 2).

**Figura 1** – Distribuição do Escore de Sobrecarga do Cuidador em amostra de 20 cuidadores de idosos em João Pessoa-PB, 2013



**Fonte:** Elaborada pelos autores a partir de dados da pesquisa.

**Figura 2** – Histograma da distribuição do Escore de Sobrecarga do Cuidador em amostra de 20 cuidadores de idosos em João Pessoa-PB, 2013.



**Fonte:** Elaborada pelos autores a partir de dados da pesquisa.

Para o modelo de regressão, assumiu-se a ausência de outliers a partir de ambos os métodos utilizados para tal identificação, de modo que todas as variáveis puderam entrar no modelo univariado de regressão. No modelo de regressão univariada, três variáveis foram selecionadas para progredir ao modelo multivariado: “idoso caminha”, “cuidador único” e “tempo de cuidado (anos)”. (Tabela 1).

**Tabela 1** – Regressão univariada para associação das variáveis preditoras independentes com o Escore de Sobrecarga do Cuidador em amostra de 20 cuidadores de idosos em João Pessoa-PB, 2013.

Preditores	R2*	R2 Ajustado	Coefficiente beta	p**
idoso caminha	0,124	0,076	0,352	0,128†
Cuidador único	0,093	0,042	-0,304	0,192†
Tempo de cuidado (anos)	0,092	0,041	-0,303	0,194†
Lazer	0,048	-0,005	0,218	0,356
Escolaridade	0,041	-0,012	0,203	0,392
Experiência anterior	0,037	-0,017	0,192	0,418
Idade do idoso	0,037	-0,017	-0,191	0,419
Trabalha fora	0,032	-0,022	0,178	0,452
Mora com idoso	0,017	-0,038	-0,129	0,588
Tempo de cuidado por dia	0,015	-0,040	-0,121	0,612
Sexo	0,005	-0,051	-0,067	0,778
Idade do cuidador	0,000	-0,055	0,019	0,937
Renda	0,000	-0,056	-0,004	0,986

\*Coeficiente de determinação da regressão linear univariada; \*\*Significância estatística para coeficiente beta de regressão; †Variáveis selecionadas para permanecer no modelo de regressão ( $p < 0,25$ ).

**Fonte:** Elaborada pelos autores a partir de dados da pesquisa.

Ao inserir as três variáveis em bloco no modelo de regressão multivariada, o coeficiente beta da variável “tempo de cuidado” apresentou importante redução no modelo multivariado para -0,107 ( $p=0,665$ ) quando controlado para as variáveis “idoso caminha” e “cuidador único”, de modo que foi excluída do modelo.

Permaneceram no modelo as variáveis “idoso caminha” e “cuidador único”, cujo R2 ajustado foi de 0,158, sugerindo que 15,8% da variância da distribuição da variável Escore de Sobrecarga do

Cuidador é devida ao efeito dessas duas variáveis em conjunto, tendo a variável “idoso caminha” maior efeito entre as duas consideradas. Apesar do efeito observado, nenhuma das variáveis obteve valor estatisticamente significativo na regressão, já que a significância do teste ANOVA da regressão múltipla para as duas variáveis restantes em conjunto foi de 0,09, com estatística F de 2,786 (Tabela 2).

**Tabela 2** – Modelo final de análise multivariada com regressão múltipla stepwise para associação das variáveis predictoras independentes com o Escore de Sobrecarga do Cuidador em amostra de 20 cuidadores de idosos em João Pessoa-PB, 2013.

Predictores	Coefficiente beta	p*	R2**	R2 Ajustado	ANOVA - F (p)***
Idoso caminha	0,396	0,079	0,247	0,158	2,786 (0,09)
Cuidador único	-0,353	0,114			

\*Significância estatística para coeficiente beta de regressão; \*\*Coeficiente de determinação da regressão múltipla; \*\*\*Estatística F e respectiva significância no teste ANOVA da regressão múltipla.

**Fonte:** Elaborada pelos autores a partir de dados da pesquisa.

Verificou-se ausência de multicolinearidade entre as variáveis, atestada pelos valores de tolerância e pelo Fator de Inflação da Variância (VIF) dentro da normalidade para todas as variáveis estudadas.

## Discussão

A estatística de regressão determina o efeito de uma variável ou conjunto de variáveis sobre outra. Ela foi utilizada para verificar quais os fatores que mais influenciaram na gênese do estresse do cuidador. O fator que demonstrou maior efeito causal com relação ao estresse do cuidador foi a variável “idoso caminha”, seguido pela “cuidador único”.

Nota-se que a execução contínua de atividades relacionadas ao cuidado que exige força, como transferências e banhos, resulta em cansaço físico e desgaste psicológico para o cuidador, que, na maior parte dos casos, não possui ajuda de outro familiar para realizá-las<sup>10</sup>. O nível de dependência física dos idosos está diretamente relacionado com o impacto emocional e sobrecarga para os cuidadores<sup>10,11</sup>. Pode-se então dizer que existe correlação entre a sobrecarga do cuidador e a situação funcional do indivíduo que ele assiste<sup>10</sup>.

Semelhante a outros estudos<sup>3,6,8,12</sup>, observou-se que a ausência de rodízio entre os familiares pode gerar sentimento de solidão, especialmente por não perceberem apoio de outros membros da fa-

mília. Já o processo de cuidar do idoso pode desencadear limitações no cotidiano do cuidador familiar, dedicado permanentemente ao idoso e com pouco tempo para realizar outros papéis, como atividades da vida social, de trabalho remunerado ou mesmo de autocuidado<sup>6</sup>. Sentir-se sozinho diante da exposição prolongada a situações altamente estressantes é um dos fatores que mais contribui para o esgotamento geral do indivíduo<sup>6</sup>.

Tempo de cuidado se associou negativamente com o estresse do cuidador no modelo univariado, ou seja, quanto maior o tempo de cuidado, menor o estresse do cuidador. Porém, como tal efeito se tornou irrelevante na análise multivariada, infere-se que o efeito calculado inicialmente era devido à ação de variáveis intervenientes. Ou seja, na realidade, a variável não apresentou efeito significativo. Não há consenso na literatura quanto à relação entre impacto sobre o cuidador e o tempo de cuidado prestado – alguns estudos mostram que o impacto tende a melhorar ao longo do tempo e outros evidenciam que quanto maior o tempo de cuidado, maior é também o impacto do cuidador.

O escore mediano de sobrecarga do cuidador encontrado foi de 29,5; significando sobrecarga leve a moderada, o que indica escores melhores do que a maioria dos estudos, provavelmente porque a população estudada está vinculada a um serviço de saúde organizado e atuante, que proporciona facilidade de acesso à assistência médica.

Conforme observado em outras pesquisas nacionais, esse estudo observou que as mulheres continuam assumindo o papel de cuidadora<sup>1,6,12-14</sup>. As mulheres, antigamente, não desempenhavam funções fora de casa, o que lhes dava maior disponibilidade para o cuidado da família e da casa<sup>13</sup>. É historicamente determinado que a mulher seja a cuidadora principal<sup>15</sup>. Homens que cuidam têm mais probabilidade de fazê-lo por falta de opção, por não terem familiares próximos ou por afastamento dos mesmos<sup>12</sup>.

A média de idade foi de 48,4 anos, com intervalo de  $\pm 10$  anos. Cuidadores mais velhos parecem mais susceptíveis à sobrecarga<sup>7,10,15</sup>, uma vez que as alterações decorrentes do processo de envelhecimento estão cada vez mais presentes e se somam ao desgaste físico e psicológico que o dia a dia de deveres e responsabilidades acarreta<sup>10</sup>. Porém, os mais jovens podem sofrer mais isolamento e maiores restrições sociais, proporcionais às maiores possibilidades de atividades de lazer e sociais de sua faixa etária<sup>15</sup>. Em nosso estudo, a idade do cuidador não exerceu efeito sobre a sobrecarga.

No tocante à escolaridade, houve predominância do cuidador com Ensino Fundamental completo, cuja renda familiar ficou entre

um e quatro salários mínimos. É sabido que prover cuidados a outros sugere necessidades básicas como alimentação e compra de medicamentos e que a limitação de recursos financeiros pode traduzir-se em fator gerador de estresse para o cuidador<sup>1</sup>.

No que se refere à moradia, há consonância com outros estudos que mostram que a maioria dos cuidadores mora com os idosos. Para o idoso, morar com o cuidador traz benefícios, uma vez que sua demanda de cuidado tem maior possibilidade de ser atendida de forma imediata e ininterrupta, dia após dia<sup>16</sup>. No entanto, para o cuidador, intensifica sua imersão no papel de cuidar, favorecendo, deste modo, maior exposição aos efeitos negativos dessa atividade e, conseqüentemente, a níveis mais elevados de tensão<sup>16</sup>.

## **Conclusão**

Foram realizados poucos estudos sobre os cuidadores de idosos em João Pessoa, de modo que este trabalho foi importante para indicar os principais fatores envolvidos na sobrecarga nessa população. Nossos resultados reforçam a importância da participação de toda a rede de cuidado tanto na atenção do idoso, em especial aquele com limitação de movimentos, quanto na atenção do cuidador. Pela importância clínica deste fato, tal condicionante deve ser abordado pela equipe de saúde, de modo a se arquetetar a rede de cuidado dos idosos e de seus cuidadores.

O estudo apresenta limitações, visto que o reduzido tamanho da amostra comprometeu a significância estatística dos achados. Porém, os resultados encontrados foram importantes para comparação com outros estudos, além de contribuir para a produção científica relacionada ao tema. Sugerimos, portanto, estudos maiores para determinar os fatores que mais influenciam no estresse do cuidador.

## **Referências**

1. Uesugui HM, Fagundes DS, Pinho DLM. Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores. *Acta paul enferm.* 2011;24(5):689-94.
2. Cerqueira ATAR, Oliveira NIL. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicol. USP.* 2012;13(1):133-150.
3. Oliveira DC, Carvalho GSF, Stella F, Higa CMH, D'Elboux MJ. Qualidade de vida e sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos em

seguimento ambulatorial. *Texto contexto - enferm.* 2011;20(2):234-40.

73

4. Duarte J, Melo RV, Azevedo RS. Cuidando do cuidador. In: Moraes EN. *Princípios básicos de geriatria e gerontologia*. Minas Gerais: Coopmed; 2008. p. 371-9.

5. Caldas CP. Contribuindo para a construção da rede de cuidados: trabalhando com a família do idoso portador de síndrome demencial. *Textos Envelhecimento* 2002;4(8):39-56.

6. Nardi T, Rigo JC, Brito M, Santos ELM, Bós AJG. Sobrecarga e percepção de qualidade de vida em cuidadores de idosos do Núcleo de Atendimento à Terceira Idade do Exército (Natiex). *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2011;14(3):511-9.

7. Lenardt MH, Willg MH, Seima MD, Pereira LF. A condição de saúde e satisfação com a vida do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. *Colomb Med.* 2011;42(2)(Supl 1):17-25.

8. Moreira PHB, Mafra SCT, Pereira ET, Silva VE. Qualidade de vida de cuidadores de idosos vinculados ao Programa Saúde da Família - Teixeiras, MG. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2011;14(3):433-440.

9. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics*. 5th ed. Boston, Pearson Education, 2007.

10. Vieira L, Nobre JRS, Bastos CCBC, Tavares KO. Cuidar de um familiar idoso dependente no domicílio: reflexões para os profissionais de saúde. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2012;15(2): 255.

11. Pavarini SCI, Melo LC, Silva VM, Orlandi FS, Mendiondo MSZ, Filizola CLA et al. Cuidando de idosos com Alzheimer: a vivência de cuidadores familiares. *Rev. Eletr. Enf.* 10(3):580-90.

12. Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência. *Rev Esc Enferm USP* 2011;45(4):884-9.

13. Silva CF, Passos VMA, Barreto SM. Frequência e repercussão da sobrecarga de cuidadores familiares de idosos com demência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2012;15(4): 707-731.

14. Garces SBB, Krug MR, Hansen D, Brunelli AV, Costa FTL, Rosa CB, Bianchi PDA. et al. Avaliação da resiliência de cuidadores de idosos com Alzheimer. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2012;15(2):335-352.
15. Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. Texto Contexto Enferm. 2008;17(2): 266-72.
16. Fernandes MGM, Garcia TR. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. Rev Bras Enferm. 2009;62(1):57-63.