

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**FATORES ASSOCIADOS À ESPERANÇA DE IDOSOS
CUIDADORES DE IDOSOS**

ÉRICA NESTOR SOUZA

SÃO CARLOS

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ÉRICA NESTOR SOUZA

**FATORES ASSOCIADOS À ESPERANÇA DE IDOSOS
CUIDADORES DE IDOSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Sofia Cristina Iost Pavarini
Coorientadora: Aline Cristina Martins Gratão

SÃO CARLOS

2016

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar
Processamento Técnico
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S729f Souza, Érica Nestor
Fatores associados à esperança de idosos cuidadores
de idosos / Érica Nestor Souza. -- São Carlos :
UFSCar, 2016.
142 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de
São Carlos, 2016.

1. Idosos. 2. Cuidadores. 3. Esperança. 4.
Gerontologia. I. Título.



Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Erica Nestor Souza, realizada em 26/02/2016:

Profa. Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini
UFSCar

Profa. Dra. Sueli Marques
USP

Profa. Dra. Keika Inouye
UFSCar

AGRADECIMENTOS

Agradeço,

*Primeiramente a Deus, pela força, por me iluminar, orientar e abençoar durante
essa longa caminhada;*

*Aos meus amados pais Hélio e Vanda, por não medirem esforços para que eu
chegasse até esta etapa de minha vida, por tudo o que me ensinaram, pelo
imenso amor e dedicação e por me apoiarem em todas as minhas escolhas;*

*À minha querida irmã Amanda, pelo amor, paciência, todo apoio e alegria que
me proporciona;*

*Ao meu amado namorado Olavo Serafin Bianchin, pelo incentivo, paciência,
compreensão para a realização desse trabalho e por ser companheiro em
todos os momentos;*

*À minha querida orientadora Profa. Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini, pela
confiança, dedicação, orientação, ensinamentos, carinho e por tornar possível
a realização deste trabalho e a concluir essa etapa tão importante em minha
vida;*

*À minha coorientadora Profa. Dra. Aline Cristina Martins Gratão, pelo auxílio,
dedicação e atenção que contribuíram com a realização deste trabalho;*

*Ao Prof. Dr. Tiago da Silva Alexandre, pela competência, atenção e paciência
no tratamento dos dados;*

*A todos os membros do grupo de pesquisa Saúde e Envelhecimento da
Universidade Federal de São Carlos pela colaboração com o estudo;*

*Às minhas queridas amigas Gabriela, Nathalia, Daniela, Camilla, Sthefany e
Marcela que estiveram sempre ao meu lado, me apoiando, incentivando e
colaborando para meu crescimento pessoal e profissional. Às levarei com muito
carinho por toda vida;*

*Aos idosos que me receberam em suas casas e colaboraram com esta
pesquisa;*

*Às pessoas que colaboraram de alguma forma com o trabalho, em especial
com a coleta de dados Nathalia, Mariéli, Estefani, Bruna e Allan;*

*À Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos e aos funcionários de todas as
Unidades de Saúde da Família, pela autorização e colaboração com a lista de
participantes;*

*Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de
São Carlos pela oportunidade;*

*À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES),
pelo apoio financeiro.*

Muito Obrigada!

RESUMO

SOUZA, É.N. **Fatores associados à esperança de idosos cuidadores de idosos**. 2015. 138 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2015.

A longevidade associada à problemas de saúde crônico-degenerativos contribui para o aumento de idosos com limitações funcionais, incapacidades e necessidade de cuidados. Cuidar pode desencadear uma série de impactos na saúde física e psíquica do cuidador. A esperança pode ser recurso psicossocial do cuidador para lidar com as dificuldades na experiência do cuidar. O objetivo geral deste estudo foi identificar fatores associados à esperança dos idosos cuidadores. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, de corte transversal. A amostra foi composta por 301 sujeitos que desempenhavam papel de cuidadores cadastrados nas Unidades de Saúde da Família de uma cidade no interior paulista. Os dados foram coletados, por meio de entrevista individual, realizada no domicílio dos cuidadores e utilizando-se os seguintes instrumentos: Caracterização sociodemográfica, de saúde e de cuidado; Escala de Esperança de Herth (EEH); Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro (EEPP-R); Escala de Depressão Geriátrica (EDG); Avaliação da Fragilidade; Escala de Estresse Percebido (EEP); Mini-Exame do Estado Mental (MEEM); Inventário de Estratégias de Enfrentamento; Escala de Sobrecarga de Zarit. As análises foram realizadas por meio de estatística multivariada (regressão logística multinomial). Os resultados apontam que o escore médio da EEH foi de 40,9 pontos ($\pm 5,4$). Quanto a EEPP-R, as médias nos domínios crença e esperança/otimismo foram de 3,85 e 3,39 pontos, respectivamente. A estratégia de enfrentamento mais utilizada foi “expressão de emoções negativas”, com média de 19,8 pontos. No EDG, a maioria (77,8%) não apresentava sintomas depressivos. Quanto ao estresse percebido, a pontuação média foi de 19,0 pontos. No MEEM, a maioria (61%) apresentou indícios de alterações cognitivas. A média obtida na sobrecarga foi de 17,9 pontos e na avaliação da fragilidade, a maioria (56,8%) era pré-frágil. Os fatores associados à esperança foram: espiritualidade, estresse, idade avançada, cuidador sem renda, não receber ajuda afetiva/emocional e cuidar de 6 a 10 horas por dia. Portanto, evidencia-se a necessidade de políticas públicas e ações de assistência a estes idosos cuidadores de idosos, bem como, intervenções que visem estimular a esperança com ênfase nos fatores associados identificados.

Palavras-chave: Idosos; Cuidadores; Esperança, Gerontologia.

ABSTRACT

SOUZA, É.N. **Factors associated with the hope of elderly caregivers of elderly**. 2015. 138 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2015.

The longevity associated with chronic degenerative health problems, contributes to the increase of older people with functional limitations, disabilities and the need for care. The role of caregiver can trigger a series of impacts on the physical and mental health. However, hope can be psychosocial feature of these caregivers to deal with the difficulties on the experience of care. The objective this study is identify factors associated with the hope of elderly caregivers of elderly. This is a quantitative study, descriptive and cross-sectional. The sample consisted of 301 subjects who played role of caregivers registered in the Family Health Units in a city in São Paulo state. Data were collected through individual interviews, using the following instruments: Characterization of the Subjects; Herth Hope Index (HHI); Pinto Pais - Ribeiro Spirituality Scale (PP-RSS); Geriatric Depression Scale (GDS); Evaluation of Fragility; Perceived Stress Scale; Mini-Mental State Examination (MMSE); Inventory of Coping Strategies; Zarit Caregiver Burden Interview (ZBI). Analyses were performed using multivariate statistics (multinomial logistic regression). The results showed that the mean score of EEH was 40.9 (\pm 5.4). As for PP-RSS, mean the belief domains and hope / optimism were 3.85 and 3.39, respectively. The most widely used coping strategy was "the expression of negative emotions", averaging 19.8 points. In GDS, the majority (77.8%) had no depressive symptoms. As for the perceived stress, the average score was 19.0 points. In the MMSE, the majority (61%) showed evidence of cognitive impairment. The average obtained in the ZBI was 17.9 and in the evaluation of fragility, the majority (56.8%) was pre-fragile. With regard to factors associated with hope, according to the regression model were: spirituality, stress, old age, caregiver without income, not receive help affective / emotional and care for 6-10 hours a day. Therefore highlights the need for public policies and care actions to these elderly caregivers elderly, as well as interventions aimed at stimulating hope with emphasis in the associated factors identified.

Keywords: Elderly; Caregivers; Hope; Gerontology.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Projeções da pirâmide populacional brasileira nos anos de 2000, 2010, 2020 e 2050.....	18
Figura 2	Esferas e dimensões da esperança.....	31
Figura 3	Promotores e inibidores da esperança.....	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Escala de Esperança de Herth dividida por tercís (N=301). São Carlos, SP, Brasil, 2014.....	54
Tabela 2	Distribuição das variáveis sociodemográficas dos idosos cuidadores (n=301). São Carlos, SP, Brasil, 2014.....	59
Tabela 3	Distribuição dos idosos cuidadores (n=301) segundo as variáveis referentes às práticas religiosas. São Carlos, SP, Brasil, 2014.....	60
Tabela 4	Distribuição dos idosos cuidadores (n=301), segundo problemas de saúde autorreferidos. São Carlos, SP, Brasil, 2014.....	61
Tabela 5	Distribuição das variáveis de caracterização do cuidado dos idosos cuidadores (n=301). São Carlos, SP, Brasil, 2014.....	62
Tabela 6	Distribuição dos idosos cuidadores (n=301) segundo a espiritualidade. São Carlos, SP, Brasil, 2014.....	63
Tabela 7	Distribuição dos idosos cuidadores (n=301) segundo as estratégias de enfrentamento. São Carlos, SP, Brasil, 2014.....	64
Tabela 8	Distribuição dos idosos cuidadores (n=301) segundo classificação no Mini Exame do Estado Mental de acordo com as notas de corte ajustadas para escolaridade. São Carlos, SP, Brasil, 2014.....	65
Tabela 9	Distribuição dos idosos cuidadores (n=301) segundo a sobrecarga. São Carlos, SP, Brasil, 2014.....	65

Tabela 10	Distribuição dos idosos cuidadores (n=301) segundo a fragilidade. São Carlos, SP, Brasil, 2014.....	66
Tabela 11	Distribuição das médias, desvios padrão, mediana, variação obtida e variação possível, segundo a pontuação para cada item da Escala de Esperança de Herth pelos idosos cuidadores (n=301). São Carlos, SP, Brasil, 2014.....	67
Tabela 12	Modelo de Regressão Logística Multinomial para Escala de Esperança de Herth dos idosos cuidadores (n=301). São Carlos, SP, Brasil, 2014.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
DCNTs	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
DESC	Descritores de Saúde
SABE	Saúde, Bem-estar e Envelhecimento
AVDs	Atividades de Vida Diária
AIVDs	Atividades Instrumentais de Vida Diária
ABVDs	Atividades Básicas de Vida Diária
USF	Unidade de Saúde da Família
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
ACS	Agente Comunitário de Saúde
EEPP-R	Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro
EEH	Escala de Esperança de Herth
QV	Qualidade de Vida
DA	Doença de Alzheimer
EDG	Escala de Depressão Geriátrica
EEP	Escala de Estresse Percebido
RRR	Razão de Risco Relativo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	16
2.1. Transição demográfica, envelhecimento populacional e transição epidemiológica.....	17
2.2. O cuidado familiar e o idoso cuidador.....	21
2.3. A esperança.....	29
2.4. Relevância do estudo.....	39
3. OBJETIVOS.....	41
3.1. Objetivo Geral.....	42
3.2. Objetivo Específico.....	42
4. MATERIAL E MÉTODO.....	43
4.1. Delineamento do estudo.....	44
4.2. Local de estudo.....	44
4.3. População e amostra.....	45
4.4. Procedimentos para coleta de dados.....	46
4.5. Instrumentos da coleta de dados.....	48
4.6. Agrupamento das variáveis para análise de regressão.....	53
4.7. Análises dos dados.....	55
4.8. Aspectos éticos.....	56
5. RESULTADOS.....	58
5.1. Caracterização sociodemográfica e de saúde dos idosos cuidadores de idosos e o contexto do cuidado.....	59
5.2. Espiritualidade, estratégias de enfrentamento, sintomas depressivos, estresse, cognição, sobrecarga e fragilidade dos idosos cuidadores de idosos.....	63

5.3.	Esperança dos idosos cuidadores de idosos.....	66
5.4.	Fatores associados à esperança dos idosos cuidadores de idosos.....	68
6.	DISCUSSÃO.....	72
6.1.	Caracterização sociodemográfica e de saúde dos idosos cuidadores de idosos e o contexto do cuidado.....	73
6.2.	Espiritualidade, estratégias de enfrentamento, sintomas depressivos, estresse, cognição, sobrecarga e fragilidade dos idosos cuidadores de idosos.....	82
6.3.	Esperança dos idosos cuidadores de idosos.....	88
6.4.	Fatores associados à esperança dos idosos cuidadores de idosos.....	93
7.	CONCLUSÕES.....	99
8.	REFERÊNCIAS.....	103
9.	APÊNDICES.....	119
10.	ANEXOS.....	125

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional vem ocorrendo de forma acelerada, quando as taxas de fecundidade e mortalidade começam a decair, resultando num crescimento da população com 60 anos ou mais. Diante deste fenômeno, torna-se também crescente, o interesse por pesquisas com enfoque no envelhecimento.

Este fenômeno resulta em mudanças no perfil epidemiológico, acarretando no predomínio de doenças crônicas não transmissíveis mais comuns na população idosa, que podem ser limitantes e gerar dependência para realização das atividades de vida diária (AVDs).

A situação de dependência de um idoso culmina em modificações marcantes nos sistemas de cuidados, sejam eles formais ou informais, e, portanto, a necessidade de um cuidador é iminente.

A responsabilidade pela prestação do cuidado ao idoso a priori, pertence à esfera familiar. Neste aspecto, grande parte da literatura evidencia que a figura do cuidador de idosos, está principalmente relacionada à mulher, de meia idade, filha, que cuida por muitas horas diárias, sem receber ajuda para o cuidado. No entanto, com o envelhecimento populacional, é possível verificar uma mudança neste perfil, indicando um aumento no número de idosos que prestam os cuidados à outros idosos, normalmente cônjuges.

O fato preocupante destes cuidadores também serem idosos, está relacionado às limitações e situação adversas que o próprio processo de envelhecimento acarreta, associadas às atividades do cuidado, que podem comprometer a qualidade do cuidado prestado e a própria qualidade de vida.

O cuidado com um idoso dependente pode gerar desgastes físicos, psicológicos, emocionais e sociais para este cuidador idoso. Neste contexto, a esperança pode ser um recurso emocional que auxilia no enfrentamento destas adversidades, que impulsiona os indivíduos no seu cotidiano e os faz olhar sob novas perspectivas.

A literatura evidencia diversos fatores associados e preditores que podem elevar ou diminuir os níveis de esperança no indivíduo. No entanto, são escassos estudos que avaliam essa variável nos cuidadores e inexistentes com relação aos cuidadores idosos. Portanto, buscou-se com a presente investigação avaliar quais fatores sociodemográficos, de saúde, de condições

de cuidado, variáveis psicológicas, mentais e físicas estão associadas à esperança dos idosos cuidadores de idosos, cadastrados em Unidades de Saúde da Família (USFs) de um município do interior de São Paulo.

Considerando a temática abordada, muitos são os motivos que levam os profissionais a estudarem sobre o cuidado informal. Nos estudos em Gerontologia, revelam-se a necessidade de investigação deste novo perfil de cuidadores idosos que se estendem com o envelhecimento populacional, com o cunho de desvelá-los, bem como, conhecer as dinâmicas por eles utilizadas para suprir as suas próprias necessidades e as demandas dos receptores de cuidados e conhecer os tipos de suportes que recebem.

Este tipo de informação pode permitir criação de leis e políticas públicas mais concretas e viáveis de serem operacionalizadas, para que haja uma assistência em rede, tanto para os idosos dependentes quanto para os cuidadores idosos. Além disto, conhecer as possíveis variáveis que influenciam na esperança nos indivíduos possibilita intervenções com intuito de promoção da esperança, que podem auxiliar no enfrentamento das adversidades oriundas do cuidado.

Diante do exposto, torna-se relevante uma revisão da literatura abordando os seguintes temas: transição demográfica, envelhecimento populacional, transição epidemiológica, o cuidado familiar e o idoso cuidador e a esperança.

2. REVISÃO DA LITERATURA

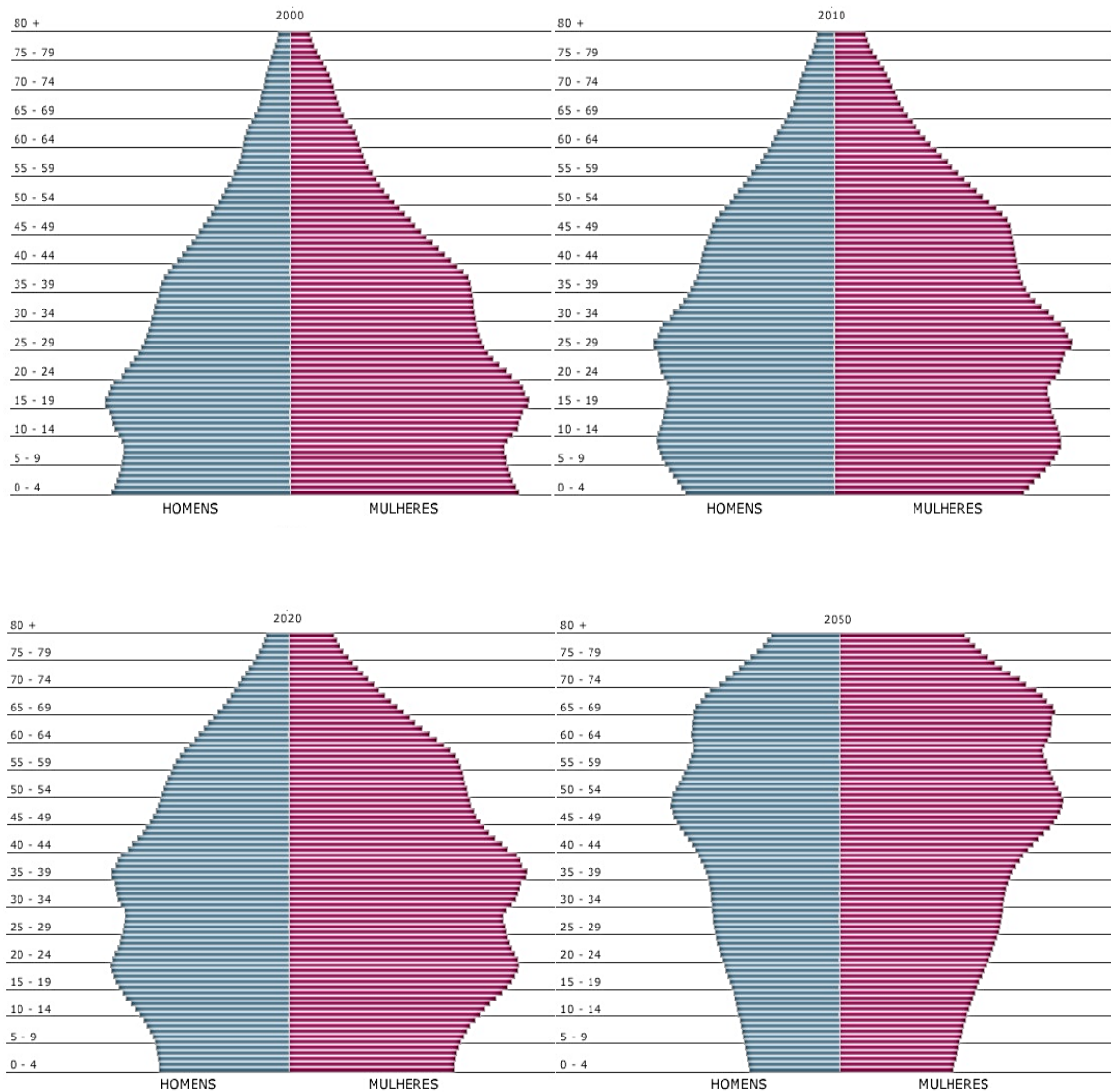
2.1. Transição demográfica, envelhecimento populacional e transição epidemiológica

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e está ocorrendo em nível sem precedentes. No Brasil, a transição demográfica tem sido muito mais acelerada do que nos países desenvolvidos, não se diferenciando, entretanto, do que vem passando outros países latino-americanos e asiáticos. Essas mudanças fizeram com que a população passasse de um regime demográfico de alta natalidade e mortalidade, para baixos índices, acarretando no envelhecimento populacional (BRITO, 2008).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o Brasil vivencia a transição demográfica provocada, principalmente, pela queda da fecundidade iniciada em meados dos anos 60 e se mostrando generalizada em todo o território brasileiro e estratos sociais. E ainda, houve uma redução de 5,8 filhos por mulher em 1960 para 1,9 filhos em 2010.

Em 2008, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos, existiam 24,7 idosos de 60 anos ou mais. As estimativas para 2050 serão de 127 idosos para cada 100 crianças de 0 a 14 anos (IBGE, 2008). O IBGE (2010) aponta para uma população de 190.732.694 pessoas, sendo que os idosos acima de 60 anos formam o grupo que mais cresceu na última década, representando 12,1% da população brasileira.

Na Figura 1, pode-se observar a tendência na diminuição da população mais jovem ao longo dos anos e aumento da população com 60 anos e mais, o que evidencia o processo de transição demográfica no Brasil e ilustra a mudança na estrutura da pirâmide etária, que passa por um estreitamento da base (diminuição da natalidade) e um alargamento do topo da pirâmide (envelhecimento populacional), segundo dados e projeções do IBGE (2013), dos anos 2000, 2010, 2020 e 2050.

Figura 1: Projeções da pirâmide populacional brasileira nos anos de 2000, 2010, 2020 e 2050.

Fonte: IBGE, 2014.

Desse modo, essas tendências nos parâmetros demográficos, evidenciam que a população brasileira cresce de forma acentuada para uma população idosa, fenômeno esse que vem implicando em adequações nas políticas sociais, nas demandas da área de saúde, econômicas, socioculturais, previdência e assistência social (CAMARANO, 2002; GRATÃO, 2010).

A longevidade é uma aspiração de qualquer sociedade. No entanto, só pode ser considerada uma real conquista, quando se agrega qualidade aos anos a mais de vida. Assim, políticas destinadas aos idosos

devem levar em conta a capacidade funcional (potencial para decidir e atuar de forma independente no cotidiano), a necessidade de autonomia (capacidade de governar-se pelos próprios meios), de participação, de cuidado, de autossatisfação, de convívios em contextos sociais, entre outras, incentivando a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde (VERAS, 2009).

Associada à transição demográfica está a transição epidemiológica, na qual se altera o perfil de morbidade e mortalidade de uma determinada população. Assim, pode ser definida como as modificações dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população (SCHRAMM, 2004).

Neste contexto, houve substituição do perfil das doenças, passando de infectocontagiosas transmissíveis para doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), com consequente aumento destas doenças na população. Associado a isto está o deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para os grupos mais idosos e a transformação de uma situação em que predominava a mortalidade, para outra, na qual, a morbidade é dominante. Assim, à medida que a população idosa aumenta as DCNTs tornam-se mais frequentes na população (SCHRAMM, 2004).

Para Nasri (2008), esse processo ocasiona maior disfunção e dependência na população, uma vez que os anos a mais conquistados não têm sido sinônimo de boa qualidade de vida. Ramos (2005) menciona, que um dos maiores desafios para o Brasil será cuidar de uma ampla população idosa que apresenta altos índices de DCNTs incapacitantes.

O envelhecimento humano pressupõe alterações naturais e gradativas ao nível físico, psicológico e social do indivíduo, sendo a característica mais evidente a diminuição da capacidade de adaptação do organismo frente às alterações do meio ambiente. Com o avançar da idade e com o início de afecções e doenças crônicas, as incapacidades tendem a aumentar, no entanto, podem ocorrer em idade precoce ou mais avançada e em maior ou menor grau, de acordo com as características genéticas e o modo de vida de cada pessoa (ZIMERMAN, 2005; SEBASTIÃO; ALBUQUERQUE, 2011).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2003), as DCNTs são as principais causas de morte e incapacidades em todo o mundo, e cresce de forma exponencial. Em 2001, relatou um total de 33,1 milhões de óbitos, quase 60% da mortalidade mundial e se continuar nessa ascensão, estima-se que num futuro próximo, em 2020, as DCNTs devam alcançar cerca de 73,0% dos óbitos e 60,0% da carga de doenças.

As DCNTs são caracterizadas pela sua cronicidade, com início precoce e evolução lenta, causando incapacidades, que requerem um longo período de supervisão, observação, cuidado e que muitas vezes, ocasionam à morte (MENDES, 2012; DESC, 2013).

De acordo com os dados do estudo SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento), que detectou a prevalência das doenças crônicas na população sênior da cidade de São Paulo, 57,5% dos idosos apresentavam uma ou duas doenças concomitantes e 18,6% três ou mais (LEBRÃO; LAURENTI, 2003). Após cinco anos, esta amostra foi submetida há uma reanálise e os dados revelaram um aumento desta prevalência para 58,9% (uma ou duas doenças) e 23,2% (três ou mais doenças concomitantes) (LEBRÃO et al., 2008)

A principal consequência das DCNTs é sua influência na capacidade funcional, ou seja, a capacidade de realizar as atividades de vida diária, prejudicando a autonomia e comprometendo a qualidade de vida do indivíduo (NERI, 2008). Portanto, considerando a longevidade da população, as doenças próprias do envelhecimento passaram a ganhar maior expressão no conjunto da sociedade (VERAS, 2009) e a tendência é que haja um aumento na demanda por cuidados.

Segundo Veras (2009, p.02), “a cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais”. Neste sentido, em menos de 40 anos, o país passou de um cenário de mortalidade (característica própria de uma população jovem) para um quadro de enfermidades complexas e custosas (típica dos países longevos), caracterizado por doenças crônicas que se estendem por anos e requerem cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos.

As doenças crônicas acarretam num aumento da complexidade dos problemas de saúde e da prestação de cuidados (GOULART, 2011), causando efeitos relevantes tanto para os idosos como para as famílias, uma vez que podem ser limitantes e causarem desgastes, sentimentos de impotência e levar à necessidade de interagirem com pessoas, profissionais e sistemas que possam auxiliar no cuidado (HERRERA, 2004).

Portanto, levando em consideração o envelhecimento populacional e os desfechos que as DCNTs podem causar de demanda por cuidados e atenção, reforça-se a necessidade de ações e políticas públicas que incentivem e orientem o cuidado em parceria com o cuidador, na maioria, familiar do idoso.

2.2. O cuidado familiar e o idoso cuidador

O aumento da população idosa com debilidades físicas e emocionais pode levar à necessidade de cuidados especiais (GONÇALVES et al., 2006). Desta necessidade, surge o papel do cuidador, que assume a responsabilidade de cuidar de outra pessoa que demanda por ajuda, em diferentes contextos de dependência, de forma parcial ou integral nas incapacidades de realizar as atividades de vida diária (AVDs), ou seja, nas dificuldades de realização das tarefas pessoais concernentes aos autocuidados e outras habilidades pertinentes ao cotidiano (KAWASAKI e DIOGO, 2001; NERI, 2006; NERI, 2008).

Para Sanchez (2000), a dependência pode ser compreendida como: dependência estruturada (resultante da circunstância cultural que atribui valor ao ser humano em função do que é e do quanto produz); dependência física (decorre da incapacidade funcional – a falta de condições para realizar as tarefas da vida diária em diferentes graus de severidade) e a dependência comportamental (socialmente induzida, pois advém do julgamento e das ações de outrem). Assim, a dependência da pessoa idosa ocorre quando esta se torna incapaz de realizar as atividades da vida diária, e assim, um cuidador

assume a função de apoio, por meio do cuidado que pode ser permanente ou esporádico.

Neri e Carvalho (2002) buscaram identificar a distinção entre cuidado formal e informal com base no critério da natureza do vínculo entre idosos e cuidadores. Assim, o cuidado formal é aquele oferecido por profissionais e são remunerados e o informal, por não profissionais ou leigos. Os cuidadores informais, geralmente se referem às pessoas da família, amigos e vizinhos.

Segundo Senteio (2014), a família (palavra derivada do latim “*famulus*”) é caracterizada pelo conjunto de pessoas que possuam grau de parentesco entre si, de laços sanguíneos, ou que residam juntas, ou que possuam algum outro vínculo. É considerada uma instituição responsável por promover o desenvolvimento de cada indivíduo e têm assumido importante papel de promotora do cuidado diário ao idoso dependente (GRATÃO, 2013).

Em consonância a esta tendência, as políticas de atenção ao idoso defendem que o domicílio constitui-se o local preferencial para o idoso envelhecer, pois proporciona além do convívio familiar, a garantia da autonomia e preservação de sua identidade e dignidade (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004).

Del Duca, Thume e Hallal (2011), em estudo com idosos residentes na zona urbana do município de Pelotas-RS, buscou estimar a prevalência do cuidado familiar prestado a idosos e identificou que dos 598 idosos participantes, 49,5% possuíam algum cuidador em casa, sendo a maioria cônjuge.

O artigo 230 da Constituição Federal confere, “à família, à sociedade e ao Estado o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (BRASIL, 1988). Dessa forma, a família e a assistência primária são os pilares desse cuidado sendo que é na família que se concentra toda a assistência informal. No entanto, de acordo com Simonetti e Ferreira (2008), os órgãos públicos ainda deveriam despender maior interesse frente ao crescimento da população idosa, no que tange às políticas

públicas, levando em consideração as características econômicas, demográficas, sociais e de saúde do país.

Para Karsh (2003), apesar das conquistas no que tange o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à população idosa, ainda falta definir na prática quais são as responsabilidades e papéis da rede de serviços pertencentes ao Estado e quais dizem respeito à família, na prestação de cuidados ao idoso.

Quando um membro da família passa a depender de cuidados, enfrentam os desafios do novo cotidiano juntos, ligados ao desempenho de novos papéis, de perdas relacionadas às atividades sociais, financeiras, físicas e emocionais. Assim, assumir o compromisso de cuidador, nem sempre é a atitude mais desejada pelos membros da família, mas na maioria dos casos é a única alternativa possível para atender às necessidades do indivíduo doente (SIMONETTI; FERREIRA, 2008).

A literatura apresenta importante conjunto de meta-análises realizadas pelo grupo dos pesquisadores Martin Pinguart e Silvia Sörensen. As revisões trazem estudos publicados em diferentes períodos no que diz respeito à saúde e ao perfil de cuidadores de idosos. Uma das primeiras publicações identificou que cuidadores de idosos apresentavam maior prevalência de depressão, maior intensidade de estresse, menor auto eficácia, baixo bem-estar subjetivo e diferentes níveis de saúde física quando comparados aos não cuidadores (PINQUART; SÖRENSEN, 2003). Os autores mostraram que mulheres têm maiores níveis de depressão e sobrecarga, e menores níveis de bem estar subjetivo e saúde percebida. Ainda reportam maior número de problemas de comportamento do indivíduo cuidado, realiza mais horas de cuidado e ajudam em mais atividades (PINQUART; SÖRENSEN, 2006).

Na maioria das vezes, o cuidador familiar desempenha seu papel sozinho, sem ajuda de outros familiares ou de profissionais. Neste caso, ele se configura como cuidador principal e representa o elo entre o idoso, a família e a equipe de saúde (KAWASAKI; DIOGO, 2001; SIMONETTI; FERREIRA, 2008).

Nesta circunstância, faz-se necessária a distinção entre os cuidadores primários, secundários e terciários. Cuidadores primários são os principais responsáveis pelo idoso e pelo cuidado e são os que realizam a

maior parte das tarefas; os cuidadores secundários podem até realizar as mesmas tarefas, mas não possuem o mesmo nível de responsabilidade e decisão, atuando quase sempre em momentos pontuais e; os cuidadores terciários são coadjuvantes, substituindo o cuidador primário por curtos períodos, de forma mais esporádica e, geralmente, realizando tarefas especializadas não diretamente relacionadas ao próprio cuidado (NERI; CARVALHO, 2002).

Historicamente, a mulher sempre foi responsável pelo cuidado do lar ou mesmo dos membros familiares adoecidos, enquanto o papel do homem era de garantir o provimento financeiro da família. Apesar de todas as mudanças sociais, na composição familiar e dos novos papéis assumidos pela mulher, destacando-se sua maior inserção no mercado de trabalho, ainda se espera que a mulher assuma as funções do cuidado em geral (FREITAS et al., 2008). Neste sentido, o cuidado informal normalmente se constitui na figura feminina, em que os estudos mostram que a esposa é, com frequência, a cuidadora primária de idosos, seguida da filha que também possui idade avançada (DIOGO; CEOLIM; CINTRA, 2005).

Aos idosos que demandem por algum tipo de auxílio nas suas AVDs, o cuidador torna-se a principal fonte de apoio. Portanto, é imprescindível que o cuidador e os outros familiares que residem junto ao idoso, compreendam as situações adversas e as mudanças do cotidiano familiar que o cuidado pode ocasionar (INOUYE, 2008).

Araújo, Oliveira e Pereira (2012) destacam que “o cuidado envolve ações que visam auxiliar o idoso no seu cotidiano, levá-lo a participar de atividades voltadas ao bem-estar ou melhora subjetiva e estimular as relações no campo social, o contato com o outro, inclusive no campo afetivo, amoroso.” Assim, o cuidado significa prestar atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho e responsabilidade. É servir, oferecer-se ao outro, prestar serviços e também perceber na outra pessoa, seus gestos, suas falas, preferências, dores, angústias e limitações. Compreendendo estas necessidades, o cuidador tem condições de prestar o cuidado de forma individualizada considerando as particularidades e necessidades da pessoa a ser cuidada (BOOF, 2004).

O estudo de Nascimento et al. (2008) cita que a dinâmica do cuidar da pessoa idosa no contexto familiar pode gerar ambiguidades entre a satisfação e o conflito. Nesse caso, a satisfação é observada quando as famílias estão estruturadas emocionalmente e economicamente para acolher o idoso. E por outro lado, quando esses recursos são insuficientes, pode desencadear conflitos quanto a limitações impostas na vida diária do cuidador e provocar riscos à sua saúde e bem-estar.

No entanto, há uma tendência de pesquisa identificada por Sommerhalder e Neri (2001) que ganha força a partir do final da década de 1980, que evidencia os aspectos positivos vivenciados pelos cuidadores, sendo eles: crescimento pessoal; aumento do sentimento de realização, do orgulho e da habilidade para enfrentar desafios; melhora no relacionamento interpessoal, tanto com o idoso quanto com as outras pessoas; aumento do significado da vida; prazer; satisfação; retribuição; satisfação própria e; bem-estar com a qualidade do cuidado oferecido.

Marques, Rodrigues e Kusumota (2006) retratam que indivíduos cuidadores que convivem com pessoas que necessitam de cuidados constantes podem demonstrar diversos sentimentos que permeiam este processo, sendo comum a exaustão, estresse, cansaço, como também, bem-estar, afeição e ternura. O sentimento negativo como resultado do processo de cuidar é uma condição humana que requer reflexão e ajuda para o familiar cuidador.

Apesar de alguns estudos mostrarem relações positivas do cuidado, o cotidiano vivenciado pelos cuidadores revela a necessidade de incremento das modalidades de apoio aos cuidadores familiares, uma vez que sua rotina faz com que se prive de necessidades básicas humanas, devido à falta de outra pessoa para auxiliá-lo nas ações de cuidado (DIOGO; CEOLIM; CINTRA, 2005).

Na maioria das vezes, os cuidadores familiares não possuem preparação ou suporte para desempenhar tal papel, isto leva a um paradoxo que, segundo Gratão (2010, p.31), embora tentem suprir a demanda de cuidado utilizando-se de “seus próprios recursos, forças intrínsecas e sua autoridade como família, passam a constituir um sistema informal de cuidado

em que o desgaste e estresse sobrepõem, podendo afetar o bem-estar e a saúde da família como um todo.” Assim, a complexidade nas tarefas do cuidador pode levar a sentimentos negativos e ao esquecimento de si próprio, de suas necessidades e da satisfação em viver.

Gonçalves et al. (2006) mencionam que cuidar por tempo prolongado pode expor o cuidador a riscos de adoecimento, sobrecarga e conseqüentemente estresse, ansiedade, baixos níveis de satisfação com a vida, fadiga, dificuldades econômicas, solidão, sentimentos de culpa, raiva, tristeza, cansaço, desespero, falta de tempo para si mesmo, descuido, redução do tempo de lazer, limitações na vida profissional, desesperança, entre outras.

A assistência ao idoso, de acordo com Guedea (2009) demanda recursos econômicos, tempo, organização familiar e pessoal que, somados às outras exigências que os cuidadores têm nos seus diferentes papéis sociais, gera sobrecarga de tarefas que pode repercutir negativamente no cuidador.

O cuidador assume um compromisso que transcende uma relação de troca. Aceita o desafio de cuidar de outra pessoa, sem ter qualquer garantia de retribuição, ao mesmo tempo em que é invadido por sua carga emocional, podendo gerar sentimentos ambivalentes em relação ao idoso. É cotidianamente testado em sua capacidade de adaptação às novas realidades, que implicam em seu estado emocional e sentimental, bem como os limites psicológicos, físicos e postura de enfrentamento perante a vida (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006).

Neste sentido, a complexidade das funções do cuidador vai além da manutenção e estimulação das AVDs do idoso dependente e dos cuidados físicos. As questões emocionais, história de vida, sentimentos do receptor de cuidados, também estão envolvidos e devem ser levadas em consideração. Assim, o cuidador deve estar preparado para promover, respeitar e apoiar nos aspectos biopsicossociais e espirituais (MARQUES; DIXE; QUERIDO, 2011).

Como já mencionado anteriormente, cuidar de um idoso é uma tarefa complexa que provoca mudanças na vida de quem cuida. Isto pode se acentuar quando o cuidador é também uma pessoa idosa, o que vem se tornando um fato comum, devido ao envelhecimento populacional. Além disto, não possuir suporte psicossocial para as tarefas do cuidado, pode impulsionar

o desenvolvimento de incapacidades, aumentando a vulnerabilidade de ambos, cuidador e receptor de cuidados.

Alguns estudos destacam o crescimento do número de cuidadores que também são idosos, ou seja, possuem mais de 60 anos e desempenham o papel de cuidadores informais de outro idoso que apresenta maior dependência (GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2012; TOMOMITSU; PERRACINI; NERI, 2014; ALZHEIMERS ASSOCIATION, 2015; CARE ALLIANCE IRELAND, 2015).

Diogo, Ceolim e Cintra (2005, p.99) descrevem que “pessoas que vivenciam o envelhecimento, ou que já se encontram em plena velhice, assumem a tarefa de cuidar, embora apresentem alguma alteração na capacidade funcional e até mesmo na sua saúde”. Elas dispõem o cuidado, na maior parte, em tempo integral e ainda enfrentam o seu próprio envelhecimento e o comprometimento físico, bem como as responsabilidades financeiras e legais, desencadeando situações negativas e problemas de saúde nas cuidadoras.

Pinquart e Sorensen (2011), numa meta análise realizada com 168 estudos publicados no período de 1980 a 2010, objetivando analisar as diferenças entre grupos de cuidadores de idosos cônjuges, cuidadores filhos/as e genros e noras, verificaram uma média de idade dos cuidadores cônjuges de 69,8 anos, dos filhos, 51,0 anos e dos genros/noras de 47,1 anos. Assim, os cuidadores cônjuges eram mais velhos, do sexo feminino, casados e apresentavam pior saúde física, recebiam menos suporte informal e cuidavam por mais tempo e mais horas semanais.

Em âmbito nacional, estudos com idosos cuidadores ainda são escassos, em sua maioria, realizados com um contingente pequeno de participantes. No entanto, alguns estudos vêm demonstrando interesse pela temática.

Ao analisar o perfil de uma amostra de octogenários atendidos pelo Programa do Medicamento Excepcional para DA e seus respectivos cuidadores, Inouye, Pedrazzani e Pavarini (2008) observaram que os cuidadores eram em sua maioria familiares, mulheres, residentes no mesmo domicílio e em geral filhas ou esposas e com faixa etária média de idade de

60,3 anos, evidenciando que os cuidadores dos familiares idosos também podem ser pessoas idosas.

Um estudo realizado em Cascavel-PR, com 13 idosas, buscou investigar por meio das representações sociais, os motivos pelos quais se tornaram cuidadoras de idosos dependentes, e foram citados: o conformismo/resignação, o medo da perda, a compaixão, o compromisso, a imposição da família ou do idoso dependente e, pela questão do gênero (BRAZ; CIOSAK, 2009).

Rodrigues, Watanabe e Derntl (2006), com o objetivo de conhecer as possíveis mudanças ocorridas na saúde do idoso após assumir o papel de cuidador, obtiveram como principais respostas: aumentou o cansaço, o estresse e a preocupação; aumentou o risco para a saúde e apareceram sintomas físicos; ocorreram mudanças no cotidiano e na autoestima; para alguns não houve alterações na saúde; e para outros houve a melhora na saúde.

O estudo de Giacomini et al. (2005) teve por objetivo explorar os elementos do cuidado, em 10 esposas cuidadoras de idosos dependentes em Bambuí-MG. Obtiveram como resultados que, os idosos cuidavam de forma integral, cotidiana, improvisada, intuitiva, sem recursos ou orientações, indicando o cuidado com o esposo mais como obrigação que realização pessoal e uma piora no quadro de saúde, evidenciando a necessidade de assistência domiciliar a fim de melhorar o ônus do cuidado para o cuidador.

Diogo, Ceolim e Cintra (2005) buscaram apresentar e discutir um programa de educação em saúde para idosas que cuidavam de idosos no domicílio, em Campinas-SP. Foram apontadas pelas idosas que as maiores dificuldades relacionadas ao cuidado partia da indisponibilidade de transporte para os serviços de saúde, ambiente inadequado, resistência por parte do idoso receptor de cuidados, falta de conhecimento para cuidar e falta de paciência. Após o término da intervenção "Programa de orientação para familiares de idosos fragilizados", que buscou contemplar as principais dificuldades indicadas pelas idosas, auxiliando-as nas suas atividades relacionadas ao cuidado, as autoras obtiveram depoimentos positivos, indicando assim, a importância de se oferecer suporte aos idosos que cuidam.

Sendo o cuidado heterogêneo e complexo, muitas são as atribuições impostas aos cuidadores (AGUIAR; MENESES, 2012). Conforme a enfermidade, esta função pode perdurar por muitos anos, o que a torna uma jornada incessante, repetitiva e solitária, desgastante, principalmente quando o cuidador também é idoso (GARCES et al., 2012). Assim, a pessoa que assume o papel de cuidador está sujeita à suprimimentos de demandas de cuidados que também afetam sua condição física, mental, emocional e social (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006).

Portanto, a adaptação a um determinado acontecimento e o enfrentamento de situações semelhantes de forma bastante diversificada estão relacionados à inúmeros fatores que englobam aspectos culturais, emocionais, vivências anteriores e características pessoais (LORENCETTI; SIMONETTI, 2005) e neste contexto se inserem os cuidadores.

2.3. A esperança

Uma vez que a tarefa de cuidar impõe ao cuidador uma série de modificações no seu cotidiano, esta nova condição pode gerar no indivíduo desequilíbrio e desgaste emocional. Contudo, esperar por melhoras é o que pode estimular a esperança, sendo esta variável psicológica importante a ser estudada junto aos cuidadores, frente às adversidades do cuidado.

A esperança é um elemento que impulsiona o ser humano no seu existir, anima, faz ir adiante e a transcender-se da situação atual. Apesar do seu caráter universal, acontece de forma exclusiva para cada indivíduo e é influenciada por suas experiências. Neste sentido, é considerada individual e dinâmica, que pode se manifestar tanto em ações cotidianas quanto em situações de crises, sendo de suma importância para lidar com questões de saúde/doenças e fundamental na vivência dos doentes e familiares, como um instrumento eficaz na intervenção face ao sofrimento (PIRES, 2006; MILLER, 2007).

Snyder et al. (1991, p.571) trazem uma definição de esperança "como um conjunto cognitivo que é baseado no senso de sucesso recíproco de

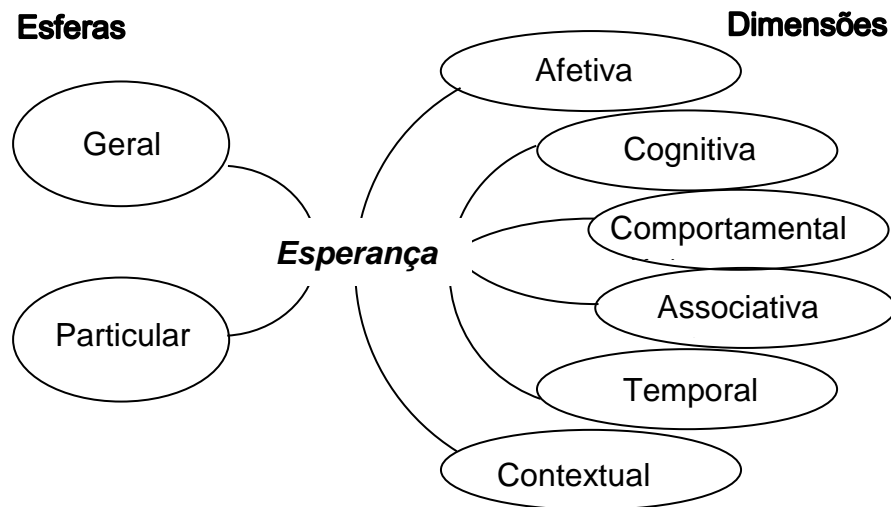
força de vontade, determinação do objetivo e de caminhos, planejamento para atingir os objetivos". Ao se referirem ao aspecto cognitivo de esperança, os indivíduos tendem a fazer avaliações comparativas do estado atual (normalmente relacionada a problemas enfrentados) com o estado futuro desejável (relacionado com seus objetivos pessoais), ou seja, a esperança é provocada por meio da análise cognitiva da carência de algo versus o desejo de obter uma solução.

Segundo Balsanelli, Grossi e Herth (2011), a esperança está relacionada a uma perspectiva positiva quanto ao futuro, quanto a uma efetiva estratégia de enfrentamento e expectativa de alcançar um objetivo ou algo necessário para a vida. A motivação e esperança podem colaborar para resolução de problemas e para que os indivíduos enfrentem situações como perdas, tragédias, solidão, sofrimentos e obstáculos.

Dessa forma, a esperança é compreendida como uma força que permite enfrentar o dia-a-dia; está presente em todos os momentos, seja na expectativa de um milagre de cura ou na preparação para a morte, além de ser um importante sentimento que reduz o medo e deposita expectativas positivas nas situações (HOLTSLANDER et al., 2008).

Fatores como vontade de viver, suporte dos entes queridos, confiança que se origina na fé e na espiritualidade, são considerados fonte de energia que impulsionam o ser humano a ter esperança, e que traz significado e alegria à vida (SOUZA; MARTINO; LOPES, 2007). "A esperança é sempre criadora. Caminhar na esperança colabora para que as tensões sejam menores e se encurtem distâncias na relação consigo e com os outros. E o sentido é o resultado em ação da espiritualidade" (DUARTE, 2012, p.37).

Apesar da multidimensionalidade do conceito, em 1985, Dufault e Martocchio buscaram uma definição chamada "Taxonomia da Esperança", constituída por duas esferas e seis dimensões da esperança (Figura 2). Embora tenha sido proposta há 30 anos, ainda continua a ser uma das mais referenciadas em âmbito internacional e nacional (YATES, 1993; CUTCLIFFE, 1997; MAGÃO; LEAL, 2001; QUERIDO, 2005; VIANA, 2010; PINTO, 2011; BALSANELLI; GROSSI; HERTH, 2011; OTTAVIANI et al., 2014).

Figura 2: Esferas e dimensões da esperança

Fonte: Elaborada pela própria autora.

Segundo Dufault e Martocchio (1985), a esfera geral da esperança é uma sensação de benefício futuro que concede motivação para manter as responsabilidades, maior sentido de controle e capacidade de superação. Estende-se além das limitações do tempo e da matéria, como uma experiência íntima. Não está associada a um acontecimento concreto e nem é influenciada pelo curso da doença. Diferentemente, a esfera particular está relacionada ao objeto da esperança (concreto ou abstrato, explícito ou implícito). Ela esclarece, prioriza e afirma o que a pessoa percebe como de maior importância para sua vida. Assim, está relacionada com a aquisição de um resultado específico, por exemplo, esperança de cura ou de uma morte serena. Pode variar ao longo do tempo e com a evolução da doença.

Quanto às dimensões da esperança, são divididas em: afetiva: relacionadas com as emoções e sensações que fazem parte do processo de esperança; cognitiva: processo pelo qual o indivíduo anseia, imagina, percebe, lembra, aprende, interpreta em relação à esperança; comportamental: os comportamentos destinados a tornar realidade a esperança; associativa: consiste na relação consigo mesmo, com os outros e com Deus; temporal: esperança relacionada ao tempo - passado, presente e futuro e contextual: refere-se às experiências pessoais no decorrer da vida, que estão sob a

influência da esperança, circunstâncias que causam a esperança ou a testam (DFAULT; MARTOCCHIO, 1985).

Cavaco et al. (2010) citam que apesar de não estar explicitamente afirmado, a maioria dos estudos revelam que a esperança afeta o binômio saúde/doença positivamente. Cita também que a esperança ajuda a pessoa a lidar com as incertezas do futuro e situações de crise de uma forma mais eficaz, para manutenção da qualidade de vida e promoção da saúde. Pode, ainda, ser entendida como uma possível saída do ciclo do sofrimento e experienciada como um conforto.

A esperança pode sustentar a pessoa que enfrenta desafios severos, em circunstâncias aparentemente insuperáveis, assim o indivíduo apresenta comportamentos que tendem a garantir melhores perspectivas no enfrentamento de situações estressantes. A esperança pode vir da crença em si mesmo, o que pode levar a planejar estratégias próprias; da crença em outros, como nos médicos e seus resultados positivos; ou da crença num Deus justo e benevolente (HUFFMAN; VERNON; VERNON, 2003).

Uma pesquisa qualitativa realizada por Duggleby e Wright (2004), com objetivo de descrever as estratégias de promoção da esperança dos pacientes idosos com câncer em cuidados paliativos, mostrou que: deixar um legado; alcançar as metas de curto prazo; transformar a sua mente (manter-se ocupado com atividades); suporte familiar e de amigos; fé; símbolos de esperança (imagens da natureza, tais como jardins, pássaros, animais e cores); pensamentos positivos; informação honesta por parte dos profissionais de saúde e controlar os sintomas (dor, depressão, náuseas, perda de apetite, falta de ar e perda de peso, entre outras) são estratégias de promoção de esperança utilizadas por estes pacientes.

A revisão de literatura realizada por Cavaco et al. (2010), com objetivo de responder “Qual o papel da esperança na saúde da pessoa?”, identificou que determinados aspectos influenciam a esperança, sendo que uns contribuem para seu aumento e outros para a sua diminuição. Assim, os aspectos identificados como promotores de esperança foram: espiritualidade; crenças religiosas; bom suporte social; humor; características pessoais; delimitação de objetivos concretizáveis; recurso às componentes da internet;

autoestima; idade mais avançada; crescimento pessoal devido à doença; controle da dor emocional; espera racional; negação total da situação; aceitação realista do seu estado; sentir-se escutado; encorajamento; melhoria do estado de saúde; manutenção de boas atitudes; ausência do fator exacerbador de doença; boa qualidade de vida; satisfação de vida; auto avaliação da saúde; e fatores psicossociais.

Em contrapartida, os aspectos que diminuem a esperança são: abandono e isolamento; dor incontrolável e desconforto; despersonalização dos cuidados; fadiga; ostracismo pela família; mau ajustamento ao tratamento médico; sentimentos negativos; informações sobre a doença; medo; agravamento da situação clínica; desespero e comorbidades (CAVACO et al., 2010).

Pinto (2011), ao referir sobre a promoção da esperança, faz alusão ao estudo de Duggleby e Wright (2004) e de Cavaco et al. (2010) e apresentou de forma esquematizada os principais promotores e inibidores da esperança (Figura 3).

Figura 3: Promotores e inibidores da esperança



Fonte: PINTO, 2011, p.41.

O estudo de Afrooz et al. (2014) teve por objetivo avaliar a esperança e alguns preditores sociodemográficos em 200 pacientes iranianos com câncer. Os relatos apontados pelos pacientes como fontes mais

importantes de esperança foram: recursos espirituais, familiares, profissionais de saúde, medicamentos e tratamentos disponíveis para a doença. Os pacientes que tiveram uma história de metástase, idade avançada, analfabetos, divorciado/viúvo e que moravam com seus filhos relataram níveis mais baixos de esperança, concluindo que o papel da religião, os familiares e profissionais de saúde devem ser considerados no desenvolvimento de planos de saúde para esses pacientes.

Uma revisão da literatura, realizada por de Balsanelli (2012) com objetivo de identificar os fatores associados e preditores para variação da esperança no paciente com câncer de mama, encontrou-se como fatores preditores de esperança a religiosidade, fadiga, estilo de coping, desespero, qualidade de vida, a maneira como o diagnóstico é revelado, medo da dor e da morte, dentre outras.

Marques, Dixe e Querido (2011, p.28) retrataram diversos autores que referem à questão da esperança em cuidadores, definindo como:

“um recurso psicossocial dos cuidadores familiares para lidar com as dificuldades sentidas na experiência do cuidar” (BORNEMAN et al., 2002; DUGGLEBY et al., 2007; DUGGLEBY; WILLIAMS, 2010; HERTH, 1993; HOLTSLANDER et al., 2005). Uma força interior que lhes dá a capacidade e coragem para ultrapassar as dificuldades (BORNEMAN et al., 2002; HERTH, 1993; HOLTSLANDER et al., 2005) e, uma ferramenta efetiva e poderosa que contribui para a aquisição de estratégias de coping e qualidade de vida (BLAND; DARLINGTON, 2002; BORNEMAN et al., 2002; HERTH, 1993; HOLTSLANDER et al., 2005; HOLTSLANDER; DUGGLEBY, 2008)”.

Os autores evidenciam a importância da promoção da esperança no cuidar como um fator que se fundamenta num sistema de valores altruísta, representando uma teoria do cuidar que procura contribuir para a prestação de cuidados numa vertente humanística. Como resultados da esperança consideram a resiliência, a transcendência e positividade na condição física, psicológica e espiritual (MARQUES, DIXE, QUERIDO, 2011).

Assim, a fé e a esperança são elementos que promovem ou ajudam aquele que cuida a manter-se motivado em relação ao autocuidado e do idoso, e possibilita que o cuidador acredite que pode agir de maneira

diferente frente à nova realidade, bem como diante de outras necessidades de enfrentamentos (SCHOSSLER, 2007).

Brondani et al. (2010) em estudo de abordagem qualitativa com o objetivo de identificar as estratégias utilizadas pelos cuidadores familiares no cuidado ao doente crônico no contexto da internação domiciliar, obtiveram como resultados, o discurso que *“agregar a esperança, a fé no agir cotidiano, acreditando nos benefícios da atividade que desenvolviam”* (p.509) eram recursos utilizados pelos familiares cuidadores.

A esperança é citada no estudo de Fratezi e Gutierrez (2011) com cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos, ilustrando que aqueles familiares que não aceitam a morte do idoso, buscam a esperança de cura, que *“auxilia o familiar a lidar com o sofrimento e a prover suporte físico e emocional ao paciente”* (p. 3246).

Uma pesquisa conduzida por Proot et al. (2003), analisando os relatos de 13 cuidadores de pacientes em cuidados paliativos terminais, identificou um aumento da vulnerabilidade física dos cuidadores com a sobrecarga e restrição impostas pelas atividades diárias, acentuada pelo medo, solidão e insegurança. Por outro lado, perceberam que a esperança, a satisfação com os cuidados oferecidos, as percepções do cuidador com relação a seus limites, o suporte familiar e da equipe de atendimento domiciliar eram fatores que poderiam diminuir essa vulnerabilidade do cuidador.

Park-Lee et al. (2009) estudaram a relação entre os afetos positivos e a incidência de fragilidade em 3.167 idosos cuidadores e 617 não cuidadores, avaliados no intervalo de dois anos. A projeção de afetos positivos e a incidência de fragilidade foram similares em ambos os grupos e indicaram que os entrevistados com alto afeto positivo eram menos propensos a tornarem-se frágeis do que aqueles com baixo afeto positivo. Apesar deste estudo não utilizar uma avaliação de esperança, torna-se possível fazer uma analogia ao “afeto positivo”, uma vez que ambas as escalas avaliam estados emocionais que indicam condições próprias de como os indivíduos estão se sentindo.

“O interesse no conceito, mensuração e na importância da esperança vem aumentando nos últimos anos” (BALSANELLI; GROSSI;

HERTH, 2011, p.355). Há na literatura, instrumentos que buscam avaliar a esperança em indivíduos sadios e/ou doentes, sendo possível citar o Stoner Hope Scale, Herth Hope Scale, Hope Scale, Miller Hope Scale e Herth Hope Index.

O Herth Hope Index (HHI) é uma adaptação de Herth Hope Scale (HHS) da mesma autora. O objetivo da adaptação foi capturar a multidimensionalidade da esperança como representada pelo HHS, refletir claramente a dimensão de esperança em populações clínicas, reduzir o número e a complexidade dos itens e então apresentar uma ferramenta mais útil clinicamente (SARTORE; GROSSI, 2008).

Com adequada validade e confiabilidade, o HHI auxilia pesquisadores na avaliação dos estados de esperança entre os pacientes e a avaliação da efetividade das estratégias de aumento da esperança. Foi validado nos Estados Unidos em 1992 em uma população de 172 adultos dos quais, 70 com doença aguda, 71 doentes crônicos e 31 doentes terminais e obteve excelente consistência interna representada pelo coeficiente alpha de Cronbach de 0,97 (SARTORE; GROSSI, 2008).

Para que a escala pudesse ser utilizada em âmbito brasileiro, Sartore (2007) realizou a adaptação e validação em 131 indivíduos divididos em três grupos, sendo 47 pacientes oncológicos, 40 pacientes diabéticos do tipo II e 44 acompanhantes destes pacientes, em que ficou denominada Escala de Esperança de Herth (EEH). Os dados obtidos de confiabilidade e validade demonstraram que o instrumento possui propriedades psicométricas adequadas.

Constitui-se de uma escala composta por 12 itens escritos de forma afirmativa e a graduação dos itens ocorre por escala tipo Likert de 4 pontos, variando de 1 ponto para concordo plenamente a 4 pontos para discordo completamente, em que os itens número 3 e 6 apresentam escores invertidos. O escore total varia de 12 a 48 pontos e a escala não possui nota de corte, assim, quanto maior a pontuação, mais alto o nível de esperança (SARTORE; GROSSI, 2008).

Estudos nacionais e internacionais, frequentemente utilizam a EEH para avaliar a esperança na população, no entanto, ainda são escassos estudos com cuidadores.

Balsanelli, Grossi e Herth (2011) desenvolveram um estudo no Ambulatório de Quimioterapia de Adultos do Hospital São Paulo, para avaliar a esperança entre três diferentes grupos, constituído por: pacientes oncológicos, diabéticos e acompanhante/ familiares/ cuidadores e correlacionar a esperança com suas variáveis sociodemográficas e clínicas. Os resultados mostraram médias elevadas de esperança para os três grupos e a esperança correlacionou-se positivamente com autoestima e negativamente com a depressão. Evidenciaram ainda o papel dos profissionais da saúde na assistência aos indivíduos doentes e seus cuidadores para manter e aumentar o nível de esperança dos mesmos.

Lohne, Miaskowski e Rustøen (2012), em um estudo norueguês, com objetivo de descrever os níveis de esperança e tensão de familiares cuidadores de pacientes com câncer avançado, mostraram que os cuidadores familiares com pontuações mais baixas na EEH relataram níveis significativamente mais elevados de tensão.

Ao analisar a relação entre variáveis demográficas, esperança e qualidade de vida de familiares cuidadores de pessoas com DA, Duggleby et al. (2011), em estudo realizado no Canadá, identificaram que quanto mais elevada a idade do cuidador e maior a pontuação de esperança, maior a pontuação no domínio psicológico de qualidade de vida.

Em estudos que avaliaram por meio da EEH, populações diferentes da presente pesquisa, encontra-se a investigação de Balsanelli (2012), que caracterizou a esperança em 122 pacientes com câncer de mama no início e ao término do tratamento quimioterápico e identificou os fatores associados e preditores para variação da esperança. Obteve como resultado, níveis altos de esperança e um aumento significativo nos escores de esperança ao final do tratamento. Os fatores associados à esperança foram: tempo decorrido entre o aparecimento dos sintomas e o início do tratamento, depressão, auto estima e dor, sendo que a dor foi o único fator preditor para

esperança, em que a presença da dor, tinha 2,199 vezes mais chance de diminuir a esperança em do que em pacientes que não apresentavam dor.

O estudo de Evangelista et al. (2003) buscou investigar a esperança, estado de humor, qualidade de vida e examinar as relações entre essas variáveis e características demográficas de mulheres receptoras de transplante cardíaco. Os pacientes tinham em média 54,7 anos de idade e relataram sentir moderada-baixa esperança, e moderada-alta ansiedade, depressão e hostilidade e baixos níveis de qualidade de vida. Houve uma associação forte e positiva entre a esperança, estado de humor e o “domínio saúde mental” de qualidade de vida. A idade, a esperança e a depressão foram responsáveis por 69% da variância nas dimensões mentais da qualidade de vida.

Portanto, a literatura evidencia que cuidar em tempo prolongado pode expor o cuidador a riscos de adoecimento, cansaço, dificuldades econômicas, redução do tempo de lazer, limitações na vida profissional, sobrecarga e conseqüentemente uma série de desgastes emocionais como estresse, ansiedade, baixos níveis de satisfação com a vida, solidão, depressão, desesperança, afetar sua saúde mental, bem-estar psicológico, entre outras (PINQUART; SÖRENSEN, 2003; FERNÁNDEZ-LANSAC et al., 2012; GARCES et al., 2012; WACHHOLZ; SANTOS; WOLF, 2013; TOMOMITSU; PERRACINI; NERI, 2014; LITZELMAN et al., 2014). Em contrapartida, a esperança se destaca nos mais diversos contextos, nas situações de crises e dificuldades, como estratégias de enfrentamento frente às adversidades, sendo um estado emocional que impulsiona o ser humano nas suas ações do cotidiano.

2.4. Relevância do estudo

Diante das considerações expostas, que apontam:

- O crescimento da população idosa de forma exponencial;
- A prevalência das DCNTs nesta parcela da população, em que a diminuição da funcionalidade e dependência podem ocasionar a necessidade de cuidados;
- Carências nos recursos de suporte formal e implementação de políticas públicas que amparem esse cuidador;
- A tarefa de cuidar de outrem, pode provocar desgastes físicos, psicológicos, sociais e emocionais ao cuidador, tornando-se essencial a atenção ao mesmo;
- A escassez de investigações na literatura brasileira que traçam o perfil dos idosos cuidadores, que vem se tornando uma figura representativa do cuidado informal;
- A esperança como um recurso psicológico e emocional fundamental frente às dificuldades e adversidades;
- A escassez de estudos sobre os fatores associados à esperança de idosos cuidadores de idosos, a fim de identificar a influência de variáveis psicológicas, espirituais, físicas, cognitivas e de cuidados;

Este estudo pretende responder as seguintes perguntas: como se caracterizam os idosos cuidadores de idosos com relação à esperança, espiritualidade, estratégias de enfrentamento, sintomas depressivos, estresse, cognição, sobrecarga e fragilidade? Os idosos cuidadores apresentam níveis elevados de esperança? Quais fatores estão associados à esperança em idosos cuidadores de idosos?

Em concordância com dados apresentados anteriormente, alguns fatores sociodemográficos, dimensões espirituais, psicológicas e física estiveram associadas à esperança. Contudo, a inovação do presente estudo está em investigar a associação destas variáveis com a esperança nos idosos cuidadores de idosos e inserir na análise, a avaliação do estresse percebido, da sobrecarga, da fragilidade e da cognição, uma vez que a literatura evidencia que estas, são variáveis que podem influenciar nos cuidadores.

Portanto, ter um olhar diferenciado para a figura do cuidador é avaliá-lo segundo aspectos que possam afetar suas condições de vida e buscar estratégias que visem o planejamento de assistência e contribuições multiprofissionais.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Identificar quais fatores sociodemográficos, condições de saúde e de cuidado, variáveis psicológicas, mentais e físicas estão associadas à esperança dos idosos cuidadores de idosos.

3.2. Objetivos Específicos

-Caracterizar os idosos cuidadores de idosos segundo os aspectos sociodemográficos, de saúde e do cuidado realizado;

-Avaliar a espiritualidade, estratégias de enfrentamento, sintomas depressivos, estresse, cognição, sobrecarga e fragilidade dos idosos cuidadores de idosos;

-Avaliar o nível de esperança dos idosos cuidadores de idosos;

-Identificar os fatores associados à esperança dos idosos cuidadores de idosos.

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1. Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e de corte transversal.

Está associado a um projeto maior intitulado “Variáveis associadas à cognição de idosos cuidadores” que foi desenvolvido numa parceria com o Departamento de Gerontologia e Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), para qual foi desenvolvido um protocolo, composto por instrumentos de avaliação de variáveis psicológicas, físicas e cognitivas dos indivíduos.

4.2. Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no município de São Carlos, interior do estado de São Paulo, nos bairros e distritos pertencentes às Unidades de Saúde da Família (USFs). O município de São Carlos conta com 16 USFs, sendo estas nos bairros: Astolpho Luiz do Prado, Romeu Tortorelli, Presidente Collor, Jardim Munique, Antenor Garcia, Jardim São Carlos, Jardim Gonzaga, Santa Angelina, Cidade Aracy I e II, Joquei Clube, Jardim Guanabara, Vila Conceição, Madre Cabrini, Água Vermelha e Santa Eudóxia, sendo esses dois últimos, distritos de áreas rurais.

A cidade de São Carlos está localizada na região centro-leste do interior do Estado de São Paulo e vem crescendo de forma significativa. Segundo o Censo de 2010, contou com uma população de aproximadamente 222 mil habitantes e, em 2015, a população estimada chega a 241 mil habitantes. Do total da população do município, mais de 12% são idosos, aproximadamente 29 mil são pessoas de 60 anos ou mais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2014).

4.3. População e amostra

A população do estudo foi composta por idosos cuidadores de idosos dependentes de cuidados no domicílio, que residiam na mesma casa e eram cadastrados na área de abrangência das USFs do município.

Ao entrar em contato com cada USF do município, foi solicitada uma lista com os nomes, idades e endereços onde residiam dois ou mais idosos cadastrados na área de abrangência. De um total de 594 residências, optou-se por visitar todas as casas e realizar a pesquisa com todos os idosos cadastrados nas unidades.

4.3.1. Critérios de inclusão para o idoso cuidador

- Ter idade igual ou superior a 60 anos;
- Estar cadastrado nas USFs;
- Prestar cuidados a outro idoso dependente para realizar pelo menos uma AVD;
- Residir no mesmo domicílio do idoso dependente de cuidados.

Do total de domicílios listados (n=594), em 26 residências um dos idosos tinha falecido, houve 28 casos de mudança de endereço e em 69 casas os idosos não foram encontrados após três tentativas em diferentes períodos de dia e semana.

Nos 471 domicílios restantes, os idosos foram contatados pelos pesquisadores, esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e convidados a participar da pesquisa. Idosos residentes em 84 domicílios se recusaram a participar do estudo, perfazendo um total de 387 domicílios.

Os idosos residentes nestes 387 domicílios passaram por uma pré-avaliação que incluía dois instrumentos de avaliação do desempenho das AVDs, as atividades básicas (Índice de Katz) e as atividades instrumentais (Escala de Lawton). Em 36 residências, todos os idosos foram considerados independentes para as atividades básicas e instrumentais, e conseqüentemente excluídos do estudo. Assim, a amostra final contemplou 351 residências com o idoso cuidador e o idoso dependente de cuidado. No

entanto, em 50 residências, os idosos cuidadores não responderam completamente alguns dos instrumentos utilizados nesta investigação, ou seja, seis não completaram a avaliação da esperança e 44 a avaliação das estratégias de enfrentamento, sendo considerados como perdas neste estudo.

Desta forma, a amostra estudada foi composta por 301 idosos cuidadores e 301 idosos dependentes de cuidado, residentes em domicílios da área de abrangência das USFs do município de São Carlos/SP.

4.4. Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de abril a novembro de 2014 por meio de entrevistas, desenvolvida pela pesquisadora e por um grupo com formação nas áreas de Gerontologia e Enfermagem, devidamente treinado para a aplicação dos instrumentos. As visitas às residências sempre ocorriam em duplas para que as entrevistas acontecessem, simultaneamente, com o idoso cuidador e com o idoso dependente de cuidados.

O primeiro contato com os idosos da pesquisa foi realizado no âmbito domiciliar. Após o interesse e aceite em participar, com a assinatura do TCLE, as entrevistas foram realizadas individualmente e em ambientes distintos, na tentativa de garantir privacidade. Na impossibilidade dos idosos de realizarem a entrevista no mesmo momento, era agendado um horário que lhes fosse conveniente.

Todos os idosos da casa realizaram uma pré-avaliação para obter informações sobre o desempenho em atividades básicas (ABVDs) e instrumentais (AIVDs) de vida diária, por meio de dois instrumentos utilizados mundialmente para avaliação destas variáveis.

Para avaliação das ABVDs foi utilizado o Índice de Katz (ANEXO 1), o qual foi desenvolvido em 1963 por Katz e colaboradores. Este instrumento é composto por seis itens: alimentação, controle dos esfíncteres, transferência, higiene, aptidão para se vestir e para banhar-se (KATZ et al., 1963). Para efeito de pontuação foi considerado o número de atividades em que o idoso

apresentou dependência, que pode variar de zero (independente para todas as funções) até seis (dependente para todas as funções).

Na avaliação das AIVDs foi utilizada a Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton e Brody (1969) (ANEXO 2), que avalia o grau de independência para as seguintes AIVDs: usar o telefone, viajar, fazer compras, preparar refeições, realizar trabalho doméstico, usar medicamentos e manejar o dinheiro. Para cada atividade é possível pontuar um ponto, que corresponde à dependência completa; dois pontos, dependência parcial; e três pontos, independência. Somados os itens, a pontuação final pode variar de sete a 21 pontos, sendo que quanto menor a pontuação, maior a dependência para as AIVDs. Santos e Virtuoso Junior (2008) realizaram a adaptação do instrumento para o contexto brasileiro, obtendo índices satisfatórios e boa confiabilidade e propuseram os seguintes escores para classificação na escala: dependência total = 7 pontos; dependência parcial >7 e <21 pontos; e independência = 21 pontos.

Após esta pré-avaliação, realizava-se a somatória dos pontos para obter o escore de pontuação em cada uma das escalas quanto ao desempenho para as AVDs. Em seguida, os idosos poderiam ser classificados em um dos quatro grupos a seguir:

I - Idosos independentes nas duas escalas.

II - Um idoso dependente e o outro independente (no caso de dois ou mais idosos independentes, era perguntado: Entre os idosos independentes, qual é o cuidador primário, ou seja, o principal responsável pelos cuidados diretos ao idoso dependente?).

III - Idosos dependentes com resultados diferentes nas duas escalas.

IV - Idosos dependentes com resultados iguais nas duas escalas. Neste caso era perguntado se entre os idosos dependentes, qual era o cuidador primário, ou seja, o principal responsável pelos cuidados diretos ao idoso dependente?).

Com base no grupo em que os idosos eram classificados, o idoso independente ou com menor dependência foi considerado o cuidador; e o idoso com maior dependência, o dependente de cuidados. Nas residências com três

ou mais idosos, aplicou-se a pré-avaliação em todos, e apenas foram incluídos o mais dependente e o mais independente. Após a definição, a entrevista prosseguia com a aplicação dos questionários distintos (um para o idoso cuidador e outro para o dependente de cuidados).

O tempo de aplicação do questionário completo, incluindo a pré-avaliação variou entre 50 e 90 minutos.

Os questionários referentes aos dados de caracterização sociodemográfica, caracterização do cuidado e de avaliação de saúde foram elaborados pelos membros do Grupo de Pesquisa Saúde e Envelhecimento da UFSCar e apreciados por colaboradores do projeto na EERP/USP e UNICAMP para validação de conteúdo.

4.5. Instrumentos de coleta de dados

4.5.1. Caracterização Sociodemográfica do Idoso Cuidador (APÊNDICE 2)

Incluiu as variáveis: idade, sexo, estado civil, escolaridade, religião, renda familiar e do cuidador.

4.5.2. Caracterização do Cuidado (APÊNDICE 3)

Com informações sobre quem cuida, há quanto tempo cuida, quantas horas por dia e quantos dias por semana se dedica ao cuidado, se recebe ajuda material/financeira, afetiva/emocional, de grupos religiosos/igreja/voluntariado, de instituições de saúde e de serviço de assistência social.

4.5.3. Avaliação da Saúde do Idoso Cuidador (APÊNDICE 4)

Levantamento dos problemas de saúde autorreferidos, avaliação subjetiva da saúde (Como o Sr(a) avalia sua saúde atualmente?) e satisfação com a vida (O Sr(a) está satisfeito com a sua vida hoje?).

4.5.4. Escala de Esperança de Herth (EEH)

A avaliação da esperança, variável dependente no presente estudo, foi realizada por meio da EEH (ANEXO 3).

A EEH é uma escala de autorrelato de rápida aplicação e fácil compreensão. Tem origem americana. Foi elaborada por Herth (1992) originalmente denominada de Herth Hope Index (HHI). Teve sua adaptação cultural e validação para a língua portuguesa por Sartore (2007) e é uma escala validada em diversas culturas. Tem como objetivo, capturar os elementos que refletem a esperança das populações em situações clínicas, quantificando a esperança (SARTORE, 2007).

A validação do instrumento para âmbito brasileiro foi realizada com uma amostra de 131 pacientes, sendo 47 pacientes oncológicos, 40 pacientes diabéticos e 44 acompanhantes (cuidadores ou familiares) destes pacientes. A sua consistência interna, representada pelo Alpha de Cronbach, foi de 0,834 (SARTORE; GROSSI, 2008).

É um instrumento muito utilizado por pesquisadores para obter resultados do nível de esperança dos pacientes e auxiliar em possíveis estratégias para melhorá-las (SARTORE; GROSSI, 2008).

A escala é composta por 12 itens, escritos de forma afirmativa na qual a gradação dos itens ocorre por escala tipo Likert de 4 pontos, variando de “discordo completamente” a “concordo completamente” em que 1 ponto indica “discordo completamente” e 4 pontos indica “concordo completamente”. Os itens 3 e 6 apresentam escores invertidos. O escore total varia de 12 a 48 pontos sendo que quanto maior o escore, mais alto o nível de esperança (SARTORE; GROSSI, 2008).

4.5.5. Instrumentos referentes aos fatores associados à esperança

Para identificar os fatores associados à esperança dos idosos cuidadores, inicialmente, foi realizado um levantamento da literatura, buscando variáveis que pudessem estar relacionadas com a esperança e a questão do cuidador. A partir de então, a avaliação destes fatores foram feitas por meio de instrumentos capazes de mensurar: a Escala de Espiritualidade de Pinto e

pais-Ribeiro (EEPP-R); Inventário de Estratégias de Enfrentamento; Escala de Depressão Geriátrica (EDG); Escala de Estresse Percebido (EEP); Mini Exame do Estado Mental (MEEM); Escala de Sobrecarga de Zarit e Avaliação da Fragilidade.

A avaliação da espiritualidade foi feita utilizando a **Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro (EEPP-R)** (ANEXO 4). Tem origem portuguesa. Foi construída por Pinto e Pais-Ribeiro (2007) e aplicada em 426 pacientes que se encontravam em fase de pós-tratamento de câncer do Instituto Português de Oncologia do Porto, nas consultas externas e no Hospital Militar D. Pedro V (Portugal). Algumas informações sobre sua validação para o Brasil foi realizada por Chaves et al. (2010) com 62 pacientes renais crônicos em hemodiálise de um hospital do sul de Minas Gerais.

O instrumento é composto por cinco questões focadas na atribuição de sentido/ significado da vida, na construção da esperança e de uma perspectiva de vida positiva. As respostas são itens pontuados separadamente, dadas numa escala de quatro alternativas, entre “não concordo” a “concordo plenamente” em que a pontuação varia de 1 a 4. Da análise fatorial resultaram duas sub-escalas, uma constituída por dois itens que se referem a uma dimensão vertical da espiritualidade, denominada de “Crenças” e outra constituída por três itens que se referem a uma dimensão horizontal da espiritualidade, denominada “Esperança/Otimismo”. A pontuação de cada sub-escala é efetuada por meio da média dos itens da mesma, como se segue: “Crenças = (Questão1 + Questão2)/2”; “Esperança/otimismo = (Questão3 + Questão4 + Questão5)/3” (PINTO; PAIS RIBEIRO, 2007). A média da pontuação da referida escala pode variar de 1 a 4 sendo que quanto maior o valor obtido em cada item, maior a concordância com a dimensão avaliada. Cabe informar que o ponto médio é de 2,5. Portanto, valores inferiores a esse ponto de corte correspondem a escores baixos e valores superiores a escores elevados (CHAVES et al., 2010).

O **Inventário de Estratégias de Enfrentamento – Califórnia Coping Inventory** (ANEXO 5) foi elaborado especificamente para idosos por Aldwin, Sutton e Lachman (1996) e realizado a tradução e adaptação semântica para língua portuguesa por Fortes-Burgo, Neri e Cupertino (2008).

Tem por finalidade investigar as formas como os idosos reagem a situações estressantes e inesperadas usando recursos adaptativos em diferentes situações. O inventário foi submetido à análise fatorial e o índice de Kaiser Meier-Olkin foi de 0,5935, indicando consistência interna mediana. Da análise fatorial, foram obtidos cinco fatores: *Fator 1*- tem foco na expressão de emoções negativas (questões 1,7,9,13,18,19) com variação de pontuação possível de 6 a 24 pontos; *Fator 2*- tem foco no controle do ambiente (questões 5,10,14,16) e variação de 4 a 16 pontos; *Fator 3*- tem foco na religiosidade (questões 8,15) variando de 2 a 8 pontos; *Fator 4*- representa comportamento de esquiva (questões 4,6,12,17) com variação de 4 a 16 pontos e *Fator 5*- inibição das emoções (questões 2,3,11), variando de 3 a 12 pontos. A pontuação total pode variar de 19 a 76 pontos. O inventário possui 19 questões, em que cada item possui quatro pontos indicativos da frequência do uso de estratégias (1=nunca; 2=raramente; 3=quase sempre; 4=sempre). Foi solicitado que os idosos apontassem a frequência com que utilizaram as estratégias contidas no inventário.

Para avaliar os sintomas depressivos, foi utilizada a **Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15)** (Geriatric Depression Scale-15) (ANEXO 6). Trata-se de uma versão curta da escala original (GDS-30) elaborada por Sheikh e Yesavage (1986), a partir dos itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão. No Brasil, a validação da escala foi realizada por Almeida e Almeida (1999). É uma escala dicotômica (Sim x Não), em que os indivíduos assinalam a presença ou a ausência de sintomas referentes ao humor, que torna possível um rastreamento dos sintomas depressivos. A pontuação pode variar de 0 a 15 pontos e o ponto de corte é maior ou igual a seis pontos - indicativo de possível quadro depressivo - segundo estudo de Almeida e Almeida (1999).

A avaliação do estresse foi realizada por meio da **Escala de Estresse Percebido (EEP)** (ANEXO 7). Essa é uma escala criada por Cohen et al. (1983), traduzida e validada para o Brasil por Luft et al. (2007). Os itens foram designados para verificar o quanto imprevisível, incontrolável e sobrecarregada os respondentes avaliam suas vidas e percebem as situações como estressantes. É uma escala geral, que pode ser usada em diversos

grupos etários. A EEP possui 14 questões com opções de resposta que variam de zero a quatro (0=nunca; 1=quase nunca; 2=às vezes; 3=quase sempre 4=sempre). As questões com conotação positiva (4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13) têm sua pontuação somada invertida, da seguinte maneira, 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 e 4=0. As demais questões são negativas e devem ser somadas diretamente. O total da escala é a soma das pontuações destas 14 questões e os escores podem variar de zero a 56, sendo que, quanto maior a pontuação, maior o nível de estresse percebido pelo indivíduo.

Para avaliação cognitiva, foi utilizado o **Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)** (ANEXO 8) elaborado por Folstein et al. (1975) e teve sua tradução para âmbito brasileiro proposta por Bertolucci et al. (1994). É um instrumento composto por questões agrupadas em sete categorias: orientação temporal, orientação espacial, registro de três palavras, atenção e cálculo, recordação das três palavras, linguagem e capacidade visuoespacial. O escore do MEEM varia de 0 a 30 pontos, sendo que valores mais baixos apontam para possível déficit cognitivo. O MEEM sofre influência da escolaridade e valores de referência foram propostos com o objetivo de distinguir sujeitos com possíveis déficits cognitivos. Brucki et al. (2003) analisaram uma amostra brasileira e sugeriram os seguintes valores de corte para estudos em nosso meio: para analfabetos=20 pontos; de 1 a 4 anos de escolaridade=25; de 5 a 8 anos=26,5; de 9 a 11 anos=28; e para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos=29 pontos. Ressalta-se que no presente estudo foi adotada essa pontuação como parâmetro.

A sobrecarga foi avaliada por meio da **Escala de Sobrecarga de Zarit** (ANEXO 9), que foi elaborada por Zarit e Zarit (1987), traduzida e validada para âmbito brasileiro por Scazufca (2002). Tem como objetivo avaliar o impacto das atividades relacionadas ao cuidado que o cuidador percebe, sobre a sua saúde física e emocional, condições financeiras e relacionamentos sociais. Possui 22 itens, em que as respostas devem ser dadas de acordo com uma escala de cinco pontos: nunca (0), raramente (1), algumas vezes (2), frequentemente (3) e sempre (4), que descrevem como cada afirmação afeta a pessoa. O total da escala é obtido pela somatória das afirmações e pode variar de 0 a 88 pontos. Ferreira et al. (2010) realizaram a validação da escala para

população portuguesa e propuseram a seguinte nota de corte: ausência de sobrecarga (<21 pontos), de leve a moderada sobrecarga (21 a 40 pontos), moderada a severa sobrecarga (41 a 60 pontos) e sobrecarga intensa (61 a 88 pontos).

Com relação à fragilidade dos indivíduos, foi utilizada a **Avaliação da Fragilidade** (ANEXO 10) composta pela avaliação dos fenótipos de cinco critérios propostos por Fried et al.(2001), sendo eles: Autorrelato de perda de peso corporal não intencional no último ano; Sensação de exaustão, avaliado por duas questões: “Com que frequência na última semana sentiu que tudo que fez exigiu um grande esforço?” e “Com que frequência na última semana, sentiu que não conseguiria levar suas coisas adiante?”; Baixa força de preensão palmar, avaliada pelo dinamômetro manual (Modelo Grip, fabricante SAEHAN®), no membro superior dominante, solicitando ao avaliado que por três vezes exercesse a maior força possível; Diminuição da velocidade da marcha, avaliada utilizando um cronômetro para medir o tempo gasto para percorrer um percurso de 4,6 metros; Baixa prática de atividade física, avaliado por meio do autorrelato à pergunta “O(a) senhor(a) acha que faz menos atividades físicas do que há doze meses atrás?” De acordo com os autores da avaliação da fragilidade, a pontuação em três ou mais critérios, caracteriza o indivíduo como frágil. A pontuação em um ou dois critérios é considerado indivíduo pré-frágil, e quando há ausência de pontuação nos critérios, o sujeito é considerado não frágil.

4.6. Agrupamento das variáveis para análise de regressão

4.6.1. Variável Dependente:

A esperança foi a variável dependente no modelo de regressão logística multinomial. Como não há ponto de corte para a EEH e não houve distribuição normal no teste de normalidade (Shapiro-Wilk $p < 0.05$), foi necessário distribuir a amostra em tercís, de acordo com a pontuação obtida na avaliação da esperança dos idosos cuidadores. Dessa forma, foi possível categorizar em cuidadores com pontuações mais altas (primeiro tercís: ≥ 43 e \leq

48 pontos), pontuações médias (segundo tercil: ≥ 39 e < 43) e pontuações mais baixas (terceiro tercil: < 39), como descrito na Tabela 1.

Tabela 1 – Pontuação da Escala de Esperança de Herth dividida por tercís (N=301). São Carlos, SP, Brasil, 2015

Pontuação EEH dividida por tercil	
1º Tercil	≥ 43 e ≤ 48
2º Tercil	≥ 39 e < 43
3º Tercil	< 39

4.6.2. Variáveis Independentes:

Para os dados sociodemográficos, de cuidado, avaliação de saúde, espiritualidade, depressão, fragilidade, estresse, cognição, estratégias de enfrentamento e sobrecarga foram feitos os seguintes agrupamentos:

1. Dados sociodemográficos: - **sexo**: foi considerado o sexo masculino e feminino; - **idade**: foi categorizada nos intervalos de 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos e mais; - **estado civil**: com vida conjugal (casado ou vive com o companheiro) e sem vida conjugal (solteiro, divorciado, separado, desquitado, viúvo); - **escolaridade**: foi categorizada em analfabeto, de 1 a 4 anos, de 5 a 8 anos e 9 ou mais anos; - **renda do cuidador**: foi dividida em sem renda, até 1 salário mínimo e mais de 1 salário mínimo; - **religião**: categorizou-se em católicos, evangélico/congregação/adventista/protestante, outros e não possui religião.

2. Dados do cuidado prestado: - **grau de parentesco**: foi classificado em cônjuge, pai/mãe, sogro/sogra, irmão/irmã, outro; - **tempo de cuidado em anos**: até 1 ano, de 1 a 5 anos e mais de 5 anos de cuidado; - **tempo de cuidado em horas/dia**: até 5 horas, de 6 a 10 horas e mais de 10 horas de cuidado; - **se recebe ajuda financeira/material**: sim ou não; - **se recebe ajuda afetiva/emocional**: sim ou não; - **se recebe ajuda de grupos religiosos**: sim ou não.

3. Dados da **avaliação de saúde**: diabetes mellitus; Acidente Vascular Cerebral; doença cardíaca; hipertensão arterial sistêmica; incontinência urinária; problemas de coluna; câncer; problemas pulmonares.

4. **Espiritualidade**: foram utilizados os valores das dimensões crenças, esperança/otimismo e espiritualidade global.

5. **Estratégias de enfrentamento**: foi categorizada de acordo com as subdivisões da escala em cinco fatores: expressão de emoções negativas, controle do ambiente, religiosidade, comportamento de esquiva e inibição das emoções.

6. **Depressão**: categorizada em cuidadores sem sintomas depressivos (≤ 5 pontos) e com sintomas depressivos (≥ 6 pontos).

7. **Estresse**: foi considerada como uma variável contínua e utilizou-se a média das pontuações obtidas na escala PSS-14;

8. **Cognição**: foram categorizados em com e sem indícios de alterações cognitivas de acordo com a nota de corte por escolaridade;

9. **Sobrecarga**: foi categorizada em pequena sobrecarga (0 a 20 pontos), moderada sobrecarga (21 a 40 pontos) e moderada a severa sobrecarga (≥ 41 pontos).

10. **Fragilidade**: categorizada em indivíduos não frágeis (0 pontos), pré frágeis (1 ou 2 pontos) e frágeis (3, 4 ou 5 pontos).

4.7. Análises dos dados

O banco de dados foi construído por um profissional da área, contratado para este fim, com experiência em projetos na área da saúde. Foram criados dois bancos independentes, um para o idoso cuidador e um para o idoso receptor de cuidado no software *EpiData*® versão 3.1. Após a codificação de cada uma das variáveis foi elaborado um dicionário com a denominação das mesmas.

Os dados foram inseridos por dupla entrada de maneira independente e cega. Após a validação, os dados foram exportados para o

aplicativo *Stata 10*® para sistema Windows, no qual foram conduzidas as análises.

Inicialmente, foi realizada a análise descritiva simples com o cálculo de médias, desvios padrão, medianas e proporções.

A fim de conhecer as variáveis que influenciaram na esperança dos idosos cuidadores, foi construído um modelo de regressão logística multinomial. Como a variável dependente (esperança) não apresentou distribuição normal após a realização do teste de Shapiro-Wilk, optou-se por distribuir em tercís a Escala de Esperança de Herth. O primeiro tercil foi utilizado como referência para as análises, ou seja, considerado como as melhores pontuações de esperança obtidas pelos idosos cuidadores. Feito isso, foram conduzidos testes de regressão univariada para conhecer quais variáveis entrariam no modelo final, utilizando o valor $p \leq 0,20$ como padrão. As variáveis significativas no modelo univariado foram inseridas no modelo de regressão logística multinomial por ordem de significância (forward stepwise selection) para determinar a força de associação entre as variáveis, visando à estimativa do risco (Razão de Risco Relativo - RRR) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%). Permaneceram no modelo final: as variáveis consideradas significativas ($p \leq 0,05$), as variáveis de controle e as variáveis que mesmo não significativas ajustaram o modelo.

4.8. Aspectos éticos

A presente pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos (Parecer nº 68 de 20 de setembro de 2013) (ANEXO 11) para ser desenvolvida no município e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) (Parecer nº 416.467 de 15 de outubro de 2013) (ANEXO 12).

Todos os instrumentos utilizados na presente pesquisa estão disponibilizados para acesso e uso livres, portanto, não foram necessárias autorizações para o uso dos mesmos.

Vale ressaltar que o TCLE elaborado para a coleta dos dados foi apresentado a cada participante da pesquisa, com esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa, sobre a participação ser de livre e espontânea vontade, com possibilidade de desistência a qualquer momento, bem como a garantia de anonimato. Logo após, foi solicitada a assinatura de duas vias do TCLE, em que uma via era para o pesquisador e outra para o participante.

5. RESULTADOS

5.1. Caracterização sociodemográfica e de saúde dos idosos cuidadores de idosos e o contexto do cuidado

A Tabela 2 apresenta a caracterização sociodemográfica e econômica dos 301 idosos cuidadores cadastrados nas Unidades de Saúde da Família. Há predominância do sexo feminino (n=227; 75,4%) e média de 69,7 ($\pm 7,1$) anos de idade, com variação de 60 a 98 anos. Quanto ao estado civil, a maioria (n=270; 89,7%) relatou estar em situação conjugal.

No que se tange à escolaridade, a média de anos de estudo foi 3,8 ($\pm 3,6$), sendo que a maioria (n=179; 59,4) relatou ter de 1 a 4 anos de escolaridade. Ressalta-se que 60 (19,9%) eram analfabetos. No que se refere à renda familiar, 114 (37,8%) recebiam de 2 a 4 salários mínimos, mas também pouco mais de um terço recebiam entre 1 e 2 salários mínimos (35,5%). Quanto a renda individual dos cuidadores, quase metade da amostra (46,5%) recebia até um salário mínimo.

Tabela 2 - Distribuição das variáveis sociodemográficas dos idosos cuidadores (n=301). São Carlos, SP, Brasil, 2014

Variável	n	%	Média ($\pm dp^*$)
Sexo			--
Feminino	227	75,4	
Masculino	74	24,5	
Idade			
60 a 69 anos	171	56,8	69,7
70 a 79 anos	94	31,2	($\pm 7,1$)
80 anos ou mais	36	11,9	
Estado civil			--
Em situação conjugal	270	89,7	
Sem situação conjugal	31	10,3	
Escolaridade			
9 anos ou mais	30	9,9	3,8 ($\pm 3,6$)
5 a 8 anos	32	10,6	
1 a 4 anos	179	59,4	
Analfabeto	60	19,9	

Continua...

Variável	n	%	Média (±dp*)
Renda familiar (SM**)			
Mais de 4 SM	58	19,2	--
2 a 4 SM	114	37,8	
1 a 2 SM	107	35,5	
Sem informação	22	7,3	
Renda do cuidador (SM)			
Mais de 1 SM	88	29,2	--
Até 1 SM	140	46,5	
Sem Renda	64	21,2	
Sem informação	9	2,9	

*dp: desvio padrão;

**SM: Salário Mínimo (considerado o valor de R\$ 724,00 para o primeiro semestre do ano de 2014).

Quanto à religião observada na Tabela 3, houve predominância da religião católica (n=189; 62,7%), seguida dos evangélicos/congregação/adventista/protestante (n=93; 30,9%). A maioria (n=233; 77,4%) dos cuidadores relataram ser praticantes e há mais de 10 anos (n=215; 71,4%), sendo que 178 (59,1%) relataram não haver alterações na frequência em que se dedicam às atividades religiosas mesmo após tornam-se cuidador e fornecer cuidado ao idoso dependente.

Tabela 3 – Distribuição dos idosos cuidadores (n=301) segundo as variáveis referentes às práticas religiosas. São Carlos, SP, Brasil, 2014

Variável	n	%
Religião		
Católicos	189	62,7
Evangélico/Congregação/Adventista/Protestante	93	30,9
Outros	12	3,9
Não Possui	7	2,3
Praticante		
Sim	233	77,4
Não	68	22,5
Se praticante, há quantos anos?		
Mais de 10 Anos	215	71,4
Menos de 10 Anos	18	5,9
Não Praticante	68	22,5

Continua...

Após fornecer o cuidado, a frequência:

Não alterou	178	59,1
Aumentou	28	9,3
Diminuiu	66	21,9
Não Respondeu	29	9,6

Com relação a alguns problemas de saúde relatados pelos idosos cuidadores (Tabela 4), destacam-se as três comorbidades mais referidas, sendo a hipertensão arterial a alteração clínica mais representativa que afeta 193 (64,1%) dos indivíduos, contudo, 37,8% afirmam não interferir e 26,2% relatam interferir na vida diária. Em sequência, os problemas na coluna atingem 145 (48,1%) cuidadores e para 34,2% destes, interferem na sua vida diária. O diabetes mellitus, também é uma das doenças mais relatadas, afetando 87 (28,9%) indivíduos da amostra. Vale ressaltar que os participantes puderam relatar mais de um problema de saúde.

Tabela 4 - Distribuição dos idosos cuidadores (n=301), segundo problemas de saúde autorreferidos. São Carlos, SP, Brasil, 2014

Doenças autorreferidas	Distribuição por categoria n(%)	
	NÃO	SIM
Câncer	276 (91,6)	25 (8,3)
Problemas pulmonares	278 (92,3)	23 (7,6)
Diabetes Mellitus	214 (71,1)	87 (28,9)
Acidente Vascular Cerebral	292 (97,0)	9 (2,9)
Doença cardíaca	257 (85,3)	44 (14,6)
Hipertensão arterial	108 (35,8)	193 (64,1)
Incontinência urinária	265 (88,0)	36 (11,9)
Problemas de coluna	156 (51,8)	145 (48,1)

Ao realizar a avaliação subjetiva da saúde, 168 (55,8%) cuidadores relataram perceber sua saúde como “Boa/Muito boa”, 108 (35,8%) como “Regular” e 25 (8,3%) como “Ruim/Muito ruim”.

Na Tabela 5, estão descritas as variáveis relacionadas à caracterização do cuidado realizado pelos idosos cuidadores. Quanto ao grau de parentesco, 254 (84,3%) realizavam o cuidado ao seu cônjuge e 128 (42,5%) relataram ser cuidadores há mais de cinco anos, seguidos de 102 (34,2%) que cuidavam de 1 a 5 anos. A maioria (n=192; 63,7%) relatou dedicar até 5 horas por dia de cuidado com o idoso.

No geral, a maioria dos idosos cuidadores não recebia ajuda em alguns aspectos relacionados ao cuidado, seja de outros familiares, da comunidade ou de entidades religiosas. Assim, 251 (83,3%) responderam não possuir ajuda financeira e/ou material para os gastos referentes ao cuidado, nem receber ajuda de grupos religiosos (n=287; 95,3%) e quanto à ajuda afetiva e emocional, 159 (52,2%) indicaram não receber esse tipo de ajuda.

Tabela 5 - Distribuição das variáveis de caracterização do cuidado dos idosos cuidadores (n=301). São Carlos, SP, Brasil, 2014

Variável	n	%
Cuida do seu(sua)		
Cônjuge	254	84,3
Pai/mãe	24	7,9
Sogro/Sogra	7	2,3
Irmão/irmã	11	3,6
Outro	5	1,6
Tempo de cuidado (anos)		
Mais de 5 Anos	128	42,5
De 1 a 5 Anos	103	34,2
Até 1 Ano	61	20,2
Sem informação	9	2,9
Horas de cuidado/dia		
Até 5 Horas	192	63,7
De 6 a 10 Horas	53	17,6
Mais de 10 Horas	48	15,9
Sem informação	8	2,6
Ajuda financeira/material		
Sim	50	16,6
Não	251	83,3
Ajuda afetiva/emocional		
Sim	142	47,1
Não	159	52,8
Ajuda de grupos religiosos		
Sim	14	4,6
Não	287	95,3

Com relação aos 301 idosos receptores de cuidados, a maioria era do sexo masculino (n=206; 67,5%), com média de idade de 70,2 ($\pm 18,2$) anos, em que 119 (39,5%) possuíam idades entre 70 e 79 anos, seguidos de 109 (36,2%) com 60 a 69 anos e 73 (24,3%) com 80 anos ou mais. Quanto à escolaridade destes idosos dependentes, a maioria (n=159; 52,8%) possuía de

1 a 4 anos, com média de 2,6 ($\pm 1,4$) anos. Mas vale ressaltar que 84 (27,0%) eram analfabetos, seguidos de 54 (18,0%) que possuíam mais de 5 anos de escolaridade.

Quanto à funcionalidade dos idosos dependentes de cuidados, avaliados pelos instrumentos Katz e Lawton, observou-se que, nas ABVDs avaliadas pelo Katz, a maioria ($n=241$; 81,0%) apresentava-se como independentes, seguidos de 39 (13,0%) muito dependentes e 21 (7,0%) com dependência moderada nas atividades básicas. Nas AIVDs avaliadas pelo Lawton, 259 (86,0%) da amostra indicavam dependência parcial e 42 (14,0%) apresentavam dependência total nas atividades instrumentais. Isto evidencia que a maior parte dos idosos receptores de cuidados não se mostravam completamente dependentes nas atividades de vida diária.

5.2. Espiritualidade, estratégias de enfrentamento, sintomas depressivos, estresse, cognição, sobrecarga e fragilidade dos idosos cuidadores de idosos

Para avaliar a espiritualidade dos 301 idosos cuidadores de idosos dependentes de cuidado, foi aplicada a EEPP-R, em que obtiveram escores médios nas dimensões “crenças” e “esperança/ otimismo” de 3,85 ($\pm 0,4$) e 3,39 ($\pm 0,6$), respectivamente, conforme apresentado na Tabela 6 e a escala apresentou um Alfa de Cronbach de 0,64. Vale lembrar que a média da pontuação da referida escala pode variar de 1 a 4 sendo que quanto maior o valor obtido em cada item, maior a concordância com a dimensão avaliada e ainda, as dimensões possuem um ponto médio de 2,5. Portanto, o presente estudo apresentou escores elevados de espiritualidade.

Tabela 6 - Distribuição dos idosos cuidadores ($n=301$) segundo a espiritualidade. São Carlos, SP, Brasil, 2014

Dimensões da Espiritualidade	Média ($\pm dp^*$)	Mediana	Varição obtida	Varição possível
Crença	3,85 ($\pm 0,4$)	4	1 - 4	1 - 4
Esperança/Otimismo	3,39 ($\pm 0,6$)	4	1,3 - 4	1 - 4
Espiritualidade global	17,9 ($\pm 2,4$)	19	6 - 20	5 - 20

*dp= desvio padrão

O Inventário de Estratégias de Enfrentamento foi aplicado nos idosos cuidadores com intuito de investigar as formas como os idosos reagem à situações consideradas inesperadas ou estressantes. A escala possui cinco fatores relacionados às estratégias utilizadas, e na Tabela 7 é possível observar que o Fator 1 obteve média e mediana maior, de 19,8 ($\pm 3,3$) e 20 pontos, respectivamente. Indicando assim, que para esta população, a expressão de emoções negativas que envolvem estratégias pautadas em excessos comportamentais de risco, de esquiva, de sentimentos de culpa, é o recurso de enfrentamento mais utilizado pelos idosos cuidadores.

Tabela 7 - Distribuição dos idosos cuidadores (n=301) segundo as estratégias de enfrentamento. São Carlos, SP, Brasil, 2014

Estratégias de Enfrentamento	Média ($\pm dp^*$)	Mediana	Variação obtida	Variação possível
<i>Fator1: Expressão de emoções negativas</i>	19,8 ($\pm 3,3$)	20	9 - 24	6 - 24
<i>Fator2: Controle do ambiente</i>	11,9 ($\pm 2,9$)	12	4 - 16	4 - 16
<i>Fator3: Religiosidade</i>	7,5 ($\pm 1,0$)	8	2 - 8	2 - 8
<i>Fator4: Comportamento de esquiva</i>	11,1 ($\pm 2,4$)	11	5 - 16	4 - 16
<i>Fator5: Inibição das emoções</i>	8,2 ($\pm 2,1$)	8	3 - 12	3 - 12

*dp= desvio padrão

Para avaliação de sintomas depressivos na amostra de idosos cuidadores do presente estudo, foi utilizado o EDG na versão de 15 itens com variação possível de 0 a 15 pontos. O Alfa de Cronbach da escala, calculado neste estudo, foi de 0,73. A média de pontuação foi de 3,6 ($\pm 2,7$) e variação obtida de 0 a 13 pontos. Destaca-se que a maioria (n=232; 77,8%) dos idosos cuidadores não apresentava sintomas depressivos ao passo que 69 (22,2%) apresentavam sintomas depressivos.

Na avaliação do nível de estresse percebido nos idosos cuidadores foi utilizada a EEP com 14 itens. O score final pode variar de 0 a 56 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, maior o nível de estresse percebido pelo indivíduo. A escala apresentou um Alfa de Cronbach de 0,81 considerada de boa confiabilidade. A pontuação média no presente estudo foi de 19,0($\pm 10,2$), a mediana 18 e variação obtida de 0 a 56 pontos.

O rastreamento de indícios de alterações cognitivas dos idosos cuidadores foi realizado por meio da aplicação do MEEM, que possui variação de pontuação possível de zero a 30 pontos. A média obtida na amostra

estudada foi de 25,9 ($\pm 2,7$) com mediana de 23. E de acordo com a Tabela 8, a maioria (n=184; 61%) apresentava indícios de alterações cognitivas, segundo a nota de corte para o MEEM por escolaridade.

Tabela 8 - Distribuição dos idosos cuidadores (n=301) segundo classificação no Mini Exame do Estado Mental de acordo com as notas de corte ajustadas para escolaridade. São Carlos, SP, Brasil, 2014

Escolaridade	Com indícios de alterações cognitivas		Sem indícios de alterações cognitivas	
	n	%	n	%
Analfabetos	39	12,9	21	7,0
1 a 4 anos	115	38,1	64	21,3
5 a 8 anos	13	4,3	19	6,3
9 a 11 anos	9	3,0	3	1,0
12 anos ou mais	8	2,7	10	3,4
Total	184	61%	117	39%

A sobrecarga dos idosos cuidadores foi avaliada pela Escala de Sobrecarga de Zarit. O escore total desta escala é obtido por meio da somatória de todos os itens e pode variar de zero a 88 pontos, sendo que quanto maior o escore, maior a sobrecarga. A média obtida foi de 17,9 ($\pm 14,6$), a mediana 15 e variação obtida de 0 a 76 pontos. O coeficiente Alfa de Cronbach calculado indicou boa consistência interna, de 0,86. Segundo a Tabela 9, a maioria (n=11; 66,2%) dos idosos cuidadores apresentavam pequena sobrecarga, seguido dos que apresentavam moderada sobrecarga (n=72; 23,9%).

Tabela 9 - Distribuição dos idosos cuidadores (n=301) segundo a sobrecarga. São Carlos, SP, Brasil, 2014

Classificação da Sobrecarga	n	%
Pequena sobrecarga (0 a 20)	199	66,2
Moderada sobrecarga (21 a 40)	72	23,9
Moderada a severa sobrecarga (41 e mais)	30	9,9
Total	301	100

No que se refere à avaliação da fragilidade dos idosos cuidadores composta pela avaliação dos fenótipos de cinco critérios propostos por Fried. A maioria (n=171; 56,8%) eram pré frágeis, mas vale ressaltar uma importante parcela de idosos cuidadores frágeis (n=69; 22,9%) como observados na Tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição dos idosos cuidadores (n=301) segundo a fragilidade. São Carlos, SP, Brasil, 2014

Fragilidade	n	%
Não frágil	61	20,2
Pré frágil	171	56,8
Frágil	69	22,9
Total	301	100

5.3. Esperança dos idosos cuidadores de idosos

Para avaliar a esperança dos 301 idosos cuidadores foi utilizada a EEH. Como mencionado anteriormente, a escala é composta por 12 itens em que a pontuação pode variar de 12 a 48 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, maior o nível de esperança do indivíduo. Foi calculado o coeficiente Alfa de Cronbach da EEH para os idosos cuidadores do presente estudo, o qual foi de 0,76. O escore médio obtido foi de 40,9 ($\pm 5,4$) pontos, a mediana de 42 e a variação obtida de 22 a 48 pontos.

Dentre os itens avaliados pela EEH, é possível observar na Tabela 11 que o item de número 2 apresentou a pontuação média mais baixa de 2,58 ($\pm 1,20$) pontos, demonstrando que a maioria da amostra discordava ou discordava completamente com a afirmativa “*Eu tenho planos a curto e longo prazo*”. Por outro lado, o item com o escore médio mais alto foi o de número 5 “*Eu tenho fé que me conforta*”, com a média de 3,87 ($\pm 0,48$) pontos, com prevalência dos cuidadores que responderam concordar ou concordar completamente com a referida afirmativa.

Tabela 11 - Distribuição das médias, desvios padrão, mediana, variação obtida e variação possível, segundo a pontuação para cada item da Escala de Esperança de Herth pelos idosos cuidadores (n=301). São Carlos, SP, Brasil, 2014

Itens da EEH	Média	(\pm dp*)	Mediana	Variação obtida	Variação possível
1. Estou otimista quanto à vida.	3,39	0,87	4	1 - 4	1 - 4
2. Eu tenho planos a curto e longo prazo.	2,58	1,20	3	1 - 4	1 - 4
3. Eu me sinto sozinho.	3,29	1,03	4	1 - 4	1 - 4
4. Eu consigo ver possibilidades em meio às dificuldades.	3,40	0,78	4	1 - 4	1 - 4
5. Eu tenho fé que me conforta.	3,87	0,48	4	3 - 4	1 - 4
6. Eu tenho medo do futuro.	3,16	1,09	4	1 - 4	1 - 4
7. Eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos.	3,43	0,92	4	1 - 4	1 - 4
8. Eu me sinto forte.	3,32	0,88	4	1 - 4	1 - 4
9. Eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor.	3,66	0,68	4	2 - 4	1 - 4
10. Eu sei onde quero ir.	3,32	0,91	4	1 - 4	1 - 4
11. Eu acredito no valor de cada dia.	3,68	0,60	4	1 - 4	1 - 4
12. Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade.	3,72	0,55	4	2 - 4	1 - 4

*dp=desvio padrão

5.4. Fatores associados à esperança dos idosos cuidadores de idosos

Com o intuito de conhecer quais as variáveis estão associadas à esperança nos idosos cuidadores, foi conduzida uma regressão logística multinomial. Para tanto, foi necessário distribuir a pontuação obtida na EEH dos idosos cuidadores em primeiro, segundo e terceiro tercil. O primeiro tercil foi utilizado para referência nas análises e considerado o mais positivo, com melhores níveis de esperança obtidos pelos idosos cuidadores (≥ 43 e ≤ 48 pontos), o segundo tercil como intermediário (≥ 39 e < 43 pontos) e o terceiro tercil o mais negativo (< 39 pontos).

O modelo final obtido por meio da análise de regressão logística multinomial mostrou os dados apenas para as variáveis que apresentaram significância estatística (p -valor $\leq 0,05$) em pelo menos um dos tercís da EEH, controladas por variáveis que mesmo não sendo significativas, ajustaram o modelo.

A Tabela 12 mostra o modelo final de regressão logística multinomial obtidos por meio das análises para a EEH.

Tabela 12 - Modelo de Regressão Logística Multinomial para Escala de Esperança de Herth dos idosos cuidadores (n=301). São Carlos, SP, Brasil, 2014

Escala de Esperança de Herth	Segundo Tercil (≥ 39 EEH <43)		Terceiro Tercil (<39 EEH)	
	Modelo Bruto	Modelo Ajustado	Modelo Bruto	Modelo Ajustado
	RRR (IC 95%)	RRR (IC 95%)	RRR (IC 95%)	RRR (IC 95%)
Espiritualidade global	0,64 (0,53 - 0,77)	0,62 (0,49 - 0,79)*	0,43 (0,35 - 0,53)	0,41 (0,31 - 0,53)*
Estresse percebido	1,05 (1,01 - 1,09)	1,07 (1,02 - 1,12)*	1,15 (1,11 - 1,20)	1,14 (1,08 - 1,22)*
Idade (60 - 69 anos)	1,00	1,00	1,00	1,00
Idade (70 - 79 anos)	1,37 (0,73 - 2,55)	1,76 (0,80 - 3,84)	2,57 (1,38 - 4,77)	5,05 (1,84 - 13,87)*
Idade (≥ 80 anos)	2,47 (0,90 - 6,79)	2,23 (0,65 - 7,63)	5,69 (2,19 - 14,81)	6,65 (1,60 - 27,57)*
Renda cuidador (>1 SM**)	1,00	1,00	1,00	1,00
Renda cuidador (Até 1 SM)	1,26 (0,67 - 2,36)	1,19 (0,50 - 2,83)	2,33 (1,17 - 4,63)	1,74 (0,54 - 5,61)
Renda cuidador (Sem renda)	1,25 (0,57 - 2,75)	2,86 (0,97 - 8,40)	2,75 (1,23 - 6,17)	8,32 (1,98 - 34,97)*
Renda cuidador (Sem informações)	0,76 (0,13 - 4,47)	0,84 (0,10 - 6,87)	1,89 (0,38 - 9,38)	1,14 (0,78 - 16,67)
Recebe ajuda afetiva/emocional	1,00	1,00	1,00	1,00
Não recebe ajuda afetiva/emocional	1,19 (1,12 - 3,41)	2,19 (1,11 - 4,34)*	2,90 (1,64 - 5,11)	3,09 (1,26 - 7,57)*
Horas que cuida (Até 5 horas)	1,00	1,00	1,00	1,00
Horas que cuida (6 - 10 horas)	0,78 (0,37 - 1,67)	0,48 (0,19 - 1,19)	0,89 (0,43 - 1,84)	0,28 (0,08 - 0,93)*
Horas que cuida (+10 horas)	0,80 (0,38 - 1,69)	0,90 (0,37 - 2,21)	0,50 (0,22 - 1,14)	0,43 (0,11 - 1,67)
Horas que cuida (Sem informações)	1,24 (0,24 - 6,38)	0,38 (0,05 - 2,77)	0,77 (0,12 - 4,78)	0,18 (0,01 - 2,05)

Nota: * $p \leq 0,05$. **SM: Salário Mínimo.

Controlado por: Sexo; Escolaridade; Sintomas depressivos; Fragilidade; Estratégias de Enfrentamento (Religiosidade) .

No modelo final da Tabela 12, pode-se observar que as variáveis associadas à esperança foram: espiritualidade (pontuação global), estresse percebido, idade (70 a 79 e 80 anos ou mais), renda do cuidador (sem renda), não receber ajuda afetiva/emocional e horas que cuida (6 a 10 horas), sendo as associações independentes da escolaridade, sexo, sintomas depressivos, fragilidade e estratégias de enfrentamento (religiosidade).

Com relação à espiritualidade global dos idosos cuidadores, foi possível observar que a cada unidade de aumento de pontos na EEPP-R diminui em 38% (RRR=0,62) a chance de o cuidador idoso pontuar no segundo tercil e também diminui em 59% a chance de pontuarem no terceiro tercil. Ou seja, a espiritualidade se configura como fator protetor da esperança, em que quanto maior o nível de espiritualidade, menor a chance dos cuidadores estarem no segundo e terceiro tercil de esperança.

Quanto a variável estresse percebido, a cada unidade de aumento de pontos na PPS, aumenta em 7% (RRR=1,07) a chance de o cuidador pontuar no segundo tercil da EEH. Esta variável apresenta um discreto efeito de dose-resposta e aumenta em 14% (RRR=1,14) a chance de pontuar no terceiro tercil. Portanto, quanto maior o nível de estresse percebido, maior a chance de estes idosos cuidadores apresentarem menores níveis de esperança.

Os idosos cuidadores com idades entre 70 e 79 anos tiveram 5,05 vezes a chance de estarem no terceiro tercil da EEH do que os de 60 a 69 anos. O mesmo aconteceu com a idade de 80 anos e mais, que possuíram 6,65 vezes a chance de estarem no terceiro tercil, quando comparados a idosos cuidadores com idades entre 60 e 69 anos. Desta forma, as idades intermediárias e mais avançadas dos idosos cuidadores foram associadas a níveis mais baixos de esperança.

Em relação à renda, os idosos cuidadores que não possuíam renda, tiveram 8,32 vezes a chance de estarem no terceiro tercil, quando comparado àqueles cuidadores com renda maior que um salário mínimo. Desse modo, os idosos cuidadores sem renda, nesta amostra, estavam mais propícios a apresentarem níveis mais baixos de esperança.

Ao referir à ajuda afetiva/emocional, os idosos cuidadores que relataram não possuir este tipo de ajuda no cotidiano do cuidado, tiveram 2,19

vezes a chance de pontuar no segundo tercil da EEH e 3,09 vezes a chance de pontuar no terceiro tercil, quando comparados àqueles que relataram receber ajuda afetiva/emocional. Portanto, os idosos cuidadores que relataram não receber esse tipo de ajuda possuíam mais chances de apresentar níveis mais baixos de esperança.

As horas que o cuidador dedicava ao cuidado também foi uma variável significativa, apenas no terceiro tercil da EEH. Assim, o indivíduo que cuidava de 6 a 10 horas por dia, diminuiu em 72% (RRR=0,28) a chances de pontuar no último tercil da EEH, do que aqueles que cuidavam por até 5 horas. Ou seja, para esta amostra, cuidar uma quantidade intermediária de horas, foi fator protetor para os idosos cuidadores e reduziu as chances de obterem escores mais baixos na esperança.

6. DISCUSSÃO

6.1. Caracterização sociodemográfica e de saúde dos idosos cuidadores de idosos e o contexto do cuidado

Participaram deste estudo, 301 idosos cuidadores de idosos dependentes que residiam na mesma casa e eram cadastrados nas áreas de abrangências das USFs do município de São Carlos.

Os resultados deste estudo mostraram que houve o predomínio de mulheres (75,4%) desempenhando o papel de cuidadoras, concordando com a literatura nacional (SCAZUFCA et al., 2002; GONÇALVES et al., 2006; CASSIS et al., 2007; FERNANDES; GARCIA, 2009; GRATÃO et al., 2010) e internacional (TOOTH et al., 2005; GORT et al., 2007; SEBASTIÃO; ALBUQUERQUE, 2011). Isto confirma o papel cultural da mulher como principal provedora de cuidado, seja com a casa ou com os membros da família (NERI, 2006).

Um estudo realizado na cidade de São Carlos/SP com 72 cuidadores de idosos com alterações cognitivas cadastradas em USFs mostrou prevalência de mulheres como cuidadoras em regiões com baixa e alta vulnerabilidade social, de 89,0% e 86,0%, respectivamente (SANTOS; PAVARINI, 2010). O mesmo perfil, de mulheres cuidadoras, pode ser observado em outros estudos que avaliam cuidadores de idosos com demência em diversas regiões do Brasil (FIALHO et al., 2009; LENARDT et al., 2011; STORTI, 2014).

Esta tendência também é observada no estudo de Figueiredo; Lima e Sousa (2009) realizado em Portugal, em que dos 99 cuidadores de idosos com e sem demências, 84,8% eram mulheres e no estudo de Chan et al. (2013), realizado em Singapura com 1077 cuidadores de idosos dependentes em pelo menos uma ABVD, e identificaram que 60,6% dos cuidadores eram mulheres.

Assim, baseado nos moldes tradicionais, os cuidados com o familiar idoso é mais comumente dividido entre a esposa, filhas, irmãs, cunhadas, tias e noras, obedecendo a um padrão de proximidade e laços afetivos. Isto demanda, dentre outras coisas, a tarefa do cuidado para uma única pessoa (GRATÃO, 2010).

Contudo, essas mulheres cuidadoras, não cuidam apenas por questões ideológicas e sentimentos de obrigação, mas também por questões espirituais. O resultado destas crenças pode gerar sobrecarga nas mulheres, em virtude da sobreposição das diversas exigências do trabalho, da família, a desvalorização das atividades de cuidar e a falta de políticas de suporte ao cuidador informal (ANDRADE, 2009).

Ao referir-se à idade, o critério de inclusão para a presente pesquisa era possuir 60 anos ou mais, portanto, todos da amostra eram idosos com média de idade de 69,7 anos e variação de 60 a 98 anos. Poucos estudos retratam o cuidador já idoso que cuida de outro idoso. Em âmbito nacional, encontrou-se o estudo de Rodrigues, Watanabe e Derntl (2006), que avaliou idosos cuidadores de cônjuges idosos e obtiveram variação de idade entre 68 a 81 anos. Outro estudo apontou em seu objetivo “apresentar um programa de educação em saúde para idosas que cuidam de idosos no domicílio”, contudo, obteve uma variação de idade de 56 a 75 anos (DIOGO; CEOLIM; CINTRA, 2005).

Dados do estudo FIBRA indicaram que dos 338 idosos que relataram ter sido cuidadores familiares de outros idosos nos últimos cinco anos, mostraram que a idade média era de 71,5 anos (TOMOMITSU; PERRACINI; NERI, 2014). No estudo de Miguel, Figueira e Nardi (2010) realizado com cuidador familiar de idosos dependentes na área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde, encontraram que 56% dos cuidadores apresentavam idade acima de 60 anos.

Na literatura internacional, o estudo de Schulz e Beach (1999) realizado nos EUA avaliaram 392 idosos cuidadores do cônjuge com dificuldades em pelo menos uma AVD e 427 controles (cônjuges sem dificuldades) e encontraram idades entre 66 e 96 anos, com média de 79,6 anos. Chen, Chen e Chu (2015) em estudo realizado em Taiwan com 108 idosos cuidadores primários de idosos dependentes, identificaram uma média de 74,0 anos de idade dos cuidadores.

O estudo da Alzheimer's Association (2008) sobre idosos dependentes constatou que 59% dos cuidadores tinham acima de 50 anos e 45,0% dos cuidadores eram idosos, com faixa etária entre 65 e 85 anos, que

cuidavam de 60,0% de pacientes também idosos. Vale ressaltar o crescente número de idosos com 80 anos e mais, como evidenciado nos estudos citados e também apresentado na presente pesquisa, em que 11,9% estavam nesta faixa etária.

O fato de estarmos diante de uma população em envelhecimento mundial, acarreta num crescente número de idosos que desempenham papel de cuidadores de outro familiar também idoso (BENZEIN; BERG, 2005), bem como, de esposas ou filhas mais velhas aposentadas ou que não exercem trabalho, emergirem para prestar o cuidado ao familiar idoso dependente. Contudo, o ônus deste cuidador também ser idoso é a propensão às vulnerabilidades de saúde e mesmo sociais.

Quanto ao estado civil dos cuidadores, a maioria (89,7%) referiu estar em situação conjugal. Vários estudos com cuidadores corroboram com os achados desta pesquisa. Scazufca et al. (2002) investigaram cuidadores de idosos com depressão e relataram que 75,6% dos cuidadores tinham um parceiro. Gonçalves et al. (2006), com objetivo de traçar o perfil de 115 cuidadores de idoso, evidenciaram que 58,2% eram casados. No estudo de Santos e Pavarini (2010), as autoras identificaram que 67,0% dos cuidadores eram casados. Em âmbito internacional, o estudo de Pimenta et al. (2009) realizado em Portugal, observou que a maioria (78,0%) dos cuidadores também eram casados.

Neste aspecto, a presença de um companheiro pode gerar sentimentos ambivalentes ao cuidador: trazer benefícios emocionais, diminuindo sentimentos de solidão, mas também acarretar em sobrecarga (quando o parceiro passa a depender de cuidados), pois além de desempenhar as atividades relacionadas ao cuidado, o cuidador possui as tarefas domiciliares e de trabalho, especialmente quando se refere à figura da mulher cuidadora, dado seu papel social.

No que se refere ao grau de escolaridade, a média de anos de estudo foi de 3,8 anos, em que a maioria (59,4%) possuía de 1 a 4 anos de escolaridade e 19,0% eram analfabetos, o que evidencia um perfil de baixa escolaridade. Segundo o IBGE (2013), 12,7% dos idosos do estado de São Paulo eram analfabetos, evidenciando números superiores de analfabetismo na

população do presente estudo e com relação aos anos de estudo da população idosa brasileira, a média foi de 4,7 anos, indicando ser superior à média encontrada na presente pesquisa (IBGE, 2013). Ainda, na cidade de São Carlos/SP, de acordo com dados do Censo de 2010, 12,5% dos idosos nunca tinham frequentado a escola (IBGE, 2010).

Santos e Pavarini (2010), num estudo que objetivou caracterizar os 72 cuidadores de idosos com alterações cognitivas em um município do interior do Estado de São Paulo cadastrados em USFs, encontraram que em populações mais pobres, 39,0% dos cuidadores possuíam ensino fundamental incompleto e 25,0% eram analfabetos, essas porcentagens se alteram nas regiões com baixa e média vulnerabilidade, sendo 47% dos cuidadores com ensino fundamental incompleto e 3% analfabetos. Mas vale ressaltar que nem todos os cuidadores eram idosos, como no presente estudo.

Neste contexto, faz-se necessária a compreensão a respeito da idade destes cuidadores e do movimento social que vivenciaram de difícil acesso às escolas, e de habitualmente serem estimulados às atividades domésticas e rurais (GRATÃO, 2010) o que levou a baixa escolaridade destes indivíduos, hoje idosos, constituindo-se em uma questão importante na oferta de serviços de saúde.

O nível de escolaridade interfere, direta ou indiretamente, na qualidade do cuidado prestado, na compreensão das alterações do envelhecimento, nas patologias e nas dificuldades encontradas ao cuidar. Quando o conhecimento do cuidador é insuficiente, faz-se necessária a atenção especial por parte dos profissionais de saúde, a fim de ensiná-los a prevenir possíveis erros, auxiliá-los na compreensão de procedimentos do cuidado. Tendo em vista que estes cuidadores também apresentam necessidades, torna-se importante verificar o quanto o cuidador pode auxiliar o idoso dependente (MARTINS; ALBUQUERQUE; NASCIMENTO, 2007; ANDRADE et al., 2009).

Com relação à renda familiar, a maioria dos respondentes do presente estudo possuía de dois a quatro salários mínimos, isto é, valores que variavam de R\$1.448,00 até R\$2.896,00, considerando o salário mínimo vigente no ano de R\$724,00 (BRASIL, 2013). Tais dados estão de acordo com

estudo de Nardi e Oliveira (2009) e Fernandes e Garcia (2009), em que a renda das famílias estudadas era em média três salários mínimos e no estudo de Gratão (2010), que apresentava média de 3,2 salários mínimos. Mas se diferencia do estudo de Yamashita et al. (2010) que estudou cuidadores familiares de pacientes dependentes atendidos por Equipes de Saúde da Família no município de São Paulo, que apresentou renda média mensal de 1,1 salários mínimos, inferior ao presente estudo. Assim, a renda pode se configurar como um fator importante em relação ao cuidado com o idoso dependente, pois, além das despesas do cotidiano familiar, sabe-se que a condição de dependência gera gastos que podem extrapolar os orçamentos familiares (NARDI; OLIVEIRA, 2009).

Ao referir-se à renda apenas do idoso cuidador, 46,5% relataram possuir até um salário mínimo, seguido de 29,2% que tinham mais de um salário mínimo e 21,2% que declararam sem renda. Assim, esses resultados assemelham-se aos do estudo de Santos e Pavarini (2009), em que 39,0% relataram não possuir renda e 59,0% possuíam de meio a dois salários mínimos. Mas diverge do estudo de Yamashita et al. (2010) em que 46,3% dos idosos cuidadores não exerciam atividade econômica e não possuía renda. No Brasil, a porcentagem de idosos que recebiam algum benefício da previdência em 2013, foi de 76,1%, sendo que 75,3% eram homens e 59,8% das mulheres eram aposentados.

Neste aspecto, é válida a reflexão sobre a responsabilidade do cuidado imposta ao cuidador pela falta de condições econômicas e recursos materiais, que pode fazer com que o cuidado seja visto como um dever e obrigação e ser uma atividade geradora de estresse.

No tocante à religião dos idosos cuidadores, o presente estudo identificou que a maioria pertencia à religião católica, representando 62,7% do total da amostra. Seguidos de 30,9% que representavam os evangélicos, congregação, adventistas e protestantes. Estes dados foram semelhantes quanto à religião católica como a mais prevalente. No estudo de Miguel, Figueira e Nardi (2010) trazem que 100% dos cuidadores referiram ter uma religião definida, sendo o índice do catolicismo maior (76%). Inocenti, Rodrigues e Miasso (2009) mostram em seus resultados o predomínio da

religião católica, seguida pela espírita e evangélica. No estudo de Perucchi et al. (2013), a religião católica foi a mais encontrada (71,9%), sendo um quarto evangélica (26,6%) e uma fração ainda menor, testemunhas de Jeová (1,4%). A fé e a religião/religiosidade são fatores mediadores que auxiliam os familiares no enfrentamento do cuidado domiciliar e é uma importante aliada no processo de aceitação da nova condição imposta (BRONDANI et al., 2010).

A maioria (77,4%) dos idosos cuidadores respondeu ser praticante de alguma religião enquanto que 22,5% relataram nenhuma prática. No estudo de Yamashita et al. (2010), metade das famílias (50,7%) participava de atividades religiosas. Corroborar também o estudo de Gaioli, Furegato e Santos (2012), em que a maioria dos cuidadores professava uma religião e referiram ser praticantes da religião informada. Quando investigado a frequência às atividades religiosas, 66,7% relataram que frequentavam e 33,3% não frequentavam atividades religiosas (MIGUEL; FIGUEIRA; NARDI, 2010).

Assim, foi perguntado ao cuidador se após ter de fornecer o cuidado ao familiar idoso, a frequência à prática religiosa havia sofrido alterações, e a maioria (59,1%) relatou não ter alterado a frequência com que praticava seus atos religiosos. Contudo, esta interferência sobre a prática religiosa, pode depender do grau de dependência do idoso cuidado, bem como a presença de outros cuidadores (secundários ou terciários) auxiliando no cuidado.

A participação em atividades religiosas pode ser considerada um suporte para grande parte dos cuidadores conseguir continuar a realizar o cuidado (ROCHA, VIEIRA e SENA, 2008).

Quando foram analisados os dados referentes à saúde do idoso cuidador, a maioria (64,1%) relatou ter hipertensão arterial, 48,1% problemas de coluna e 28,9% diabetes mellitus. Estes fatores podem ser consequência da situação de cuidado como também interferir na qualidade do cuidado prestado.

Estes dados se confirmam com outros estudos da literatura, que também trazem dados sobre doenças mais relatadas pelos cuidadores. Pimenta et al. (2009) evidenciaram que quando questionados sobre seu estado de saúde, os cuidadores referiram sofrer de hipertensão arterial e outros

problemas cardiovasculares, seguidos de problemas osteomusculares e de saúde mental. Miguel, Figueira e Nardi (2010) obtiveram que 75,4% relataram apresentar alguma doença, sendo a hipertensão a mais referida, seguida de diabetes, depressão e problemas na coluna. Santos e Pavarini (2010) mostraram que 28,0% relataram hipertensão arterial, 5,0% diabetes, 5,0% osteoporose, 3,0% artrite/artrose e 3,0% alcoolismo. Vale ressaltar que nem todos os cuidadores eram idosos, o que se diferencia do presente estudo.

Portanto, o cuidador familiar também apresenta problemas de saúde, e, sendo este cuidador também idoso, é preciso considerar a diminuição da reserva funcional, que somada aos anos de exposição a inúmeros fatores de risco, pode torná-los mais vulneráveis às doenças (TRELHA, 2006).

Ao buscar conhecer a auto avaliação de saúde dos cuidadores, pôde-se perceber que a maioria relatou sua saúde como boa/ muito boa (55,8%) e como regular (35,8%). Portanto, para esta amostra, a situação de cuidado não impediu que a maioria dos idosos cuidadores percebesse sua condição de saúde como boa, ainda que se deve considerar aqueles que julgaram sua saúde como regular.

No estudo de Gonçalves et al. (2006), 33,9% dos cuidadores auto avaliam sua saúde como boa, 31,3% como regular e 4,3% como ruim. Quando solicitados a comparar seu estado de saúde ao de cinco anos atrás, 37,3% disseram ter piorado. Yamashita et al. (2010) encontraram que mais de um terço (38,8%) referiu boa saúde, 32,8%, regular, 14,9% ruim. Em estudo internacional, Pimenta et al. (2009) observaram nas respostas de percepção do estado de saúde que a maioria dos cuidadores julgou entre bom e regular, indo ao encontro dos resultados do presente estudo.

Com relação aos aspectos do cuidado prestado, os achados do presente estudo indicaram que 84,3% dos idosos cuidadores cuidavam dos cônjuges, seguidos de 7,9% que cuidavam dos pais. O estudo de Chen, Chen e Chu (2015) realizado em Taiwan corroboram os achados da presente pesquisa, em que dos 108 idosos cuidadores, 81,5% cuidavam do cônjuge, 13,9% dos pais e 4,6% dos sogros.

Em âmbito nacional, Tomomitsu, Perracini e Neri (2014) avaliaram 338 idosos que relataram ter cuidado de algum idoso nos últimos 12 meses e

mostraram que 76,3% cuidavam do cônjuge e 13,9% cuidavam dos pais. O estudo de Diogo, Ceolim e Cintra (2005) realizado com 8 idosas que cuidavam de idosos no domicílio e também identificou que a maioria (n=4) cuidava do cônjuge.

Na literatura nacional com cuidadores não necessariamente idosos, Karsch (2003) em seu estudo aponta para o mesmo achado, em que 44,1% das cuidadoras eram esposas, seguidas de 31,3% que eram filhas e ainda cita que a literatura internacional aponta fatores que geralmente estão presentes na figura do cuidador de idoso incapacitado: parentesco (cônjuges); gênero (principalmente, mulher); proximidade física (vive junto) e proximidade afetiva (conjugal, pais e filhos). Os dados de Miguel, Figueira e Nardi (2010), realizados com 45 cuidadores familiares de idosos dependentes de uma Unidade Básica de Saúde, mostraram igual frequência de 40% para esposas e 40% para filhas. Estudos internacionais também vão ao encontro com a atual pesquisa e revelaram que a maioria dos cuidadores era cônjuge (BÉDARD et al., 2002; TOOTH et al., 2005). Desta forma, a escassa literatura de idosos cuidadores vai ao encontro com a presente pesquisa, em que a maioria era o cônjuge o responsável pelo cuidado.

Quanto ao tempo de cuidado em anos que o idoso cuidador dedica ao idoso dependente, houve uma prevalência (42,5%) daqueles que relataram cuidar há mais de cinco anos. Chen, Chen e Chu (2015) mostram média de 5,8 anos. Nos estudos de Lemos, Gazzola e Ramos (2006) e Pinto et al. (2009), os autores verificaram que 55,0% de suas amostras vêm realizando o cuidado ao paciente há quatro anos. No estudo de Pimenta et al. (2009), 34,0% cuidavam há mais de três anos. Araújo et al. (2013), com objetivo de descrever o perfil dos cuidadores de idosos, identificaram que possuíam a função de cuidador há mais de 12 meses.

O número de horas de cuidados prestados ao idoso, diariamente, foi para a maioria (63,7%) dos cuidadores do presente estudo, por até cinco horas. Estes dados apresentam número de horas inferiores aos estudos de Chen, Chen e Chu (2015) com idosos cuidadores que encontrou uma média superior de 17,5 horas/dia e, se mostram inferiores também aos estudos realizados com cuidadores não necessariamente idosos e que cuidam de

idosos em condições de saúde diferentes, como Lemos, Gazzola e Ramos (2006) em que a maioria (55,2%) dedicava de 19 a 24 horas/dia de cuidados ao idoso com diagnóstico de DA. Trelha et al. (2006) em que os cuidadores referiram cuidar do idoso mais de 8 horas/dia, além dos estudos de Gratão et al. (2010) que encontrou médias de 15,6 horas/dia.

Assim, a duração do cuidado dedicado apresentado neste estudo foi menor, quando comparado com outros dados publicados na literatura, e pode ser devido à variação no grau de dependência dos idosos receptores de cuidados (idosos mais independentes), bem como, ser proveniente da dificuldade dos idosos cuidadores mensurarem o tempo de cuidado gasto, uma vez que muitas destas atividades faziam parte da rotina.

O presente estudo buscou investigar sobre a ajuda que os idosos cuidadores recebiam para desempenhar as atividades relacionadas ao cuidado. Constatou-se que a maioria (83,3%) não recebia ajuda do tipo financeira e material de outra pessoa e também 95,3% relataram não receber ajuda de grupos religiosos e agentes sociais. No entanto, quanto à ajuda afetiva e emocional, cerca de metade relataram não receber esse tipo de ajuda (52,8%) enquanto 47,1% responderam receber ajuda do tipo afetivo e emocional.

A literatura aponta que os auxílios recebidos advém dos familiares (filhos, esposos, irmãos, netos, sobrinhos, entre outros) e também de não-familiares (grupos da comunidade, vizinhos, pastores/padres, amigos, empregados, entre outros) e normalmente, estão relacionados à ajuda com a higiene, alimentação, banho, mobilização, transporte, ajuda financeira, afazeres domésticos e atividades externas. Ainda, a família constitui a principal fonte de apoio para o idoso no âmbito social, funcional, econômico e afetivo (NARDI; OLIVEIRA, 2008). Gonçalves et al. (2006) e Lemos, Gazzola e Ramos (2006), mostraram que a maioria dos cuidadores têm parentes que ajudam no cuidado do idoso (56,0% e 79,3%, respectivamente).

Os serviços de apoio das áreas social e de saúde disponíveis na comunidade têm um papel fundamental na assistência às necessidades encontradas pelo cuidador na sua tarefa de cuidar, por meio de uma equipe multiprofissional devidamente preparada (ANDRADE, 2009). No entanto, no

estudo de Yamashita et al. (2010), muitos cuidadores informaram que não recebiam quaisquer ajuda da família para realizar o cuidado (74,6%) e, tampouco, orientação das equipes de saúde sobre os cuidados que deviam ser realizados (59,7%).

6.2. Espiritualidade, estratégias de enfrentamento, sintomas depressivos, estresse, cognição, sobrecarga e fragilidade dos idosos cuidadores de idosos

Com relação ao nível de espiritualidade dos idosos cuidadores do presente estudo, avaliada pela EEPP-R, o escore médio para Crenças e Esperança/Otimismo foi de 3,85 ($\pm 0,45$) e 3,39 ($\pm 0,69$) pontos, respectivamente, sendo que os valores podem variar de 1 a 4 sendo que quanto maior a pontuação, mais alto o nível de espiritualidade.

A média em relação ao domínio “crenças” foi superior, o que pode inferir que utilizam mais frequentemente esses recursos. Não foram encontrados estudos que avaliassem por meio da EEPP-R cuidadores de idosos ou idosos que desempenham papel de cuidadores. Contudo, um estudo realizado no serviço de Endocrinologia Pediátrica do Hospital das Clínicas de Minas Gerais com objetivo de avaliar a qualidade de vida, autoestima, depressão e espiritualidade em pais cuidadores de menores diabéticos, obteve pontuação média para Crenças e Esperança/Otimismo de 3,33 e 3,26, respectivamente. Concluíram que, domínios capacidade funcional e aspectos sociais (qualidade de vida) e os quesitos da espiritualidade são os que mais impactaram os pais cuidadores de menores diabéticos (ALMEIDA et al., 2012), evidenciando a importância da espiritualidade no contexto do cuidado.

No âmbito brasileiro, um estudo buscou avaliar a autoestima, depressão e espiritualidade em pacientes portadoras de neoplasia mamária por faixa etária. As médias da Crença e da Esperança/Otimismo na faixa etária menor que 50 anos foram de 3,79 e 3,25, respectivamente, e nas faixas etárias entre 50 e 69 anos foi de 3,88 e 3,66 e mostrou não haver diferença estatística significativa entre as faixas etárias na EEPP-R (OLIVEIRA et al. (2011). Outra

pesquisa com objetivo de avaliar o nível de espiritualidade e qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico com média de idade de 54,2 anos, obteve o escore médio para Crenças de 3,90 ($\pm 0,22$) e Esperança/Otimismo de 3,70 ($\pm 0,38$), em que o nível de espiritualidade dos sujeitos estudados foi superior ao do presente estudo (BATISTA; MENDONÇA, 2012).

Ao avaliar o nível de espiritualidade de adultos e idosos renais crônicos em tratamento hemodialítico, um estudo obteve escores médios inferiores ao da presente pesquisa nas dimensões Crenças e Esperança/Otimismo de 3,67 ($\pm 0,62$) e de 3,21 ($\pm 0,53$), respectivamente (OTTAVIANI et al., 2014).

Na literatura internacional, um estudo realizado em Portugal buscou comparar a espiritualidade na pessoa idosa no momento de admissão e alta da internação hospitalar, em que o nível de espiritualidade também foi inferior ao da presente pesquisa, obtendo médias de 2,76 ($\pm 0,64$) em Crenças e 2,35 ($\pm 0,65$) em Esperança/Otimismo, no momento da admissão e 2,72 ($\pm 0,61$) em Crenças e 2,26 ($\pm 0,6$) Esperança/Otimismo no momento da alta (SANTOS; SOUSA, 2012).

Há escassez de estudos que avaliam a espiritualidade por meio da EEPP-R em cuidadores ou na população idosa, tornando-se importante investigar as questões espirituais neste contexto, uma vez que a religiosidade e espiritualidade são consideradas muito relevantes com o avançar da idade, em que é comum buscar olhar a vida numa nova perspectiva, dar-lhe um novo sentido (PINTO; RIBEIRO, 2010).

As estratégias de enfrentamento são consideradas um fator de proteção aos cuidadores, uma vez que auxiliam em sua adaptação (CHEN et al., 2015). Na presente investigação, os idosos cuidadores indicaram maior uso de estratégias de enfrentamento focadas na expressão de emoções negativas, o que corrobora com o estudo de Pinto e Barham (2014) com cuidadoras adultas de idosos com elevado grau de dependência física e cognitiva, que avaliou as habilidades sociais e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas cuidadoras e encontrou que as principais estratégias utilizadas foram pautadas na emoção e na religião.

Neste contexto, as estratégias de caráter emocional e religioso fornecem apoio psicológico aos cuidadores, uma vez que os idosos receptores de cuidado podem apresentar limitações físicas e cognitivas decorrentes de doenças crônicas (PINTO; BARHAM, 2014), que acabam por dificultar a tarefa do cuidado.

A avaliação de sintomas depressivos utilizando o EDG-15 apontou que a maioria (77,8%) dos idosos cuidadores não apresentava sintomas depressivos. Corroborando o estudo de Gaioli, Furegato e Santos (2012), em que nenhum cuidador atingiu o escore para depressão no rastreamento, sendo esse um importante dado para esta população, pois outros estudos mostraram que a depressão, por si só, não somente produz incapacidade e declínio na QV como também interage com outros sistemas corporais e pode ocasionar outras doenças somáticas, acrescentando mais um risco (TRENTINI et al., 2006).

Um estudo de meta-análise realizado por Pinquart e Sorensen (2003) investigou 84 estudos que comparavam grupos de cuidadores de idosos com não cuidadores. O grupo de cuidadores apresentou maiores níveis de depressão, principalmente naqueles cuidadores de idosos com demências. Vale ressaltar que os cuidadores não eram necessariamente idosos e a avaliação da depressão foi realizada também com a aplicação de outros instrumentos.

No entanto, são evidenciados na literatura índices mais elevados de depressão em cuidadores de pacientes com DA que atingem de 30% a 55% dos cuidadores, representando risco de desenvolver a doença duas a três vezes maior que o restante da população (GARRIDO; MENEZES, 2004; CRUZ; HAMDAN, 2008).

Com relação à avaliação do estresse percebido pela EEP-14 nos idosos cuidadores, a pontuação média foi de 19,0 ($\pm 10,2$) e mediana 18,0 pontos, sendo que quanto menor a pontuação, menor o estresse percebido. Um estudo foi encontrado com objetivo de avaliar o nível de estresse e a qualidade de vida em 40 indivíduos cuidadores principais de pacientes com mais de 60 anos internados em um hospital e, encontrou resultados

semelhantes ao da presente pesquisa, com média do nível de estresse dos cuidadores de 23,3 pontos (TRENTINO; DAMASCENO; VIEIRA, 2009).

O baixo nível de estresse pode ter sido influenciado por diversos fatores, dentre eles, a adaptabilidade dos idosos cuidadores frente às tarefas consideradas estressantes; não perceber aquela atividade como estressante ou conseguirem manter suas rotinas e atividades sociais mesmo com a tarefa do cuidado. Corroborando Gaioli, Furegato e Santos (2012) que identificaram haver referências às situações estressantes no dia-a-dia do cuidador, porém, na maioria dos casos, esses cuidadores mostraram-se tranquilos e souberam lidar com a situação, com a ajuda de outra pessoa. Em contrapartida, Ricci et al. (2009) expõem sobre a relação entre estresse e contexto social, em que o cuidador do idoso com DA pode se tornar estressado e cansado, física e mentalmente, o que tende a piorar se ele estiver sozinho, sem a ajuda de outras pessoas.

No rastreamento da cognição dos idosos cuidadores, a média de pontuação no MEEM foi de 27,9 e a mediana de 23 pontos. Assim, de acordo com a nota de corte por escolaridade, utilizada para o presente estudo, 61% obtiveram pontuações indicativas de alterações cognitivas.

Houve dificuldades em encontrar na literatura, investigações sobre a cognição de cuidadores, uma vez que na maioria dos estudos se conduzem com os idosos dependentes de cuidados.

Contudo, um estudo norte-americano de Bertrand et al. (2012), com idosas cuidadoras, mostrou que elas tiveram alto desempenho cognitivo, quando comparado a não cuidadores. O autor ainda refere que a rotina de trabalho exige do cuidador habilidade de julgamento e resolução de problemas, impondo como requisito um nível mínimo de funcionamento cognitivo.

Investigação conduzida com idosos não cuidadores, realizada em Minas Gerais com pessoas com média de 69 anos encontrou uma mediana superior ao da presente investigação, de 26 pontos (VALLE et al., 2009). Outro estudo realizado em São Carlos/SP com 523 idosos residentes em um bairro com maior vulnerabilidade, evidenciou que 56,2% pontuaram entre 0 e 23 pontos, 43,8% pontuaram 24 ou mais pontos, contudo, mais da metade

(56,3%) da amostra eram analfabetos (FELICIANO; MORAES; FREITAS, 2004).

Isto evidencia a necessidade de estudar as variáveis de cognição na população de cuidadores com intuito de planejamento de assistência multiprofissional que busque a prevenção de déficits e estimulação de seu funcionamento cognitivo.

A sobrecarga também foi avaliada nos idosos cuidadores. A média total da Escala de Sobrecarga de Zarit foi de 17,9 ($\pm 14,6$) pontos. A maioria apresentava pequena sobrecarga (66,1%), seguidos daqueles com moderada sobrecarga (23,9%). Estes resultados divergem de alguns estudos internacionais que avaliaram a sobrecarga em cuidadores. Um estudo realizado na Espanha com 91 cuidadores de idosos dependentes em pelo menos uma ABVD, mostrou uma média na avaliação de sobrecarga superior à encontrada na presente pesquisa, de 64,2 pontos e observaram uma diminuição da sobrecarga em grupos que participavam de intervenções (LOPÉZ; CRESPO; ZARIT, 2007). O estudo de Kim et al. (2006), realizado na Coreia, que avaliou 484 cuidadores de idosos da comunidade, apresentou média inferior, de 10,8 pontos, sendo essas médias maiores para os cuidadores de idosos com alterações cognitivas.

Na literatura nacional, os estudos encontrados obtiveram médias superiores ao do presente estudo. Luzardo, Gorin e Silva (2006) apresentaram média de sobrecarga total de 34,0 ($\pm 12,3$) pontos em cuidadores de idosos com DA de um serviço de neurogeriatria de Porto Alegre, com variação de 15 a 66 pontos. Assim, 13,9% dos cuidadores apresentaram uma pequena sobrecarga, sendo que a maior parte dos cuidadores (55,6%) apresentou sobrecarga moderada, enquanto que 25,0% mostraram sobrecarga de moderada a severa.

Amêndola, Oliveira e Alvarenga (2011) encontraram que a pontuação de sobrecarga dos cuidadores familiares de pacientes dependentes cadastrados e atendidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) da zona sul da capital paulista, variou de 0 a 67, com média de 32,1 ($\pm 14,7$) pontos. Gratão et al. (2013), com objetivo de identificar a dependência funcional de idosos que vivem na comunidade e avaliar a sobrecarga de seus cuidadores

familiares, obtiveram média total de 27,8 ($\pm 17,5$) pontos de sobrecarga nos cuidadores e ainda apresentaram dados que indicam que a dependência do idoso é um possível fator de risco para a sobrecarga do cuidador, ou seja, quanto mais dependente é o idoso, maior a chance de sobrecarga do cuidador.

Comparando os achados do presente estudo com os da literatura, percebe-se que a pontuação média de sobrecarga foi inferior, o que leva a pensar sobre o que pode influenciar a sobrecarga. Isto pode se dar pelo fato dos idosos cuidados não serem dependentes totais, e, portanto, necessitarem de auxílios apenas em algumas AVDs; ou mesmo o fato dos idosos cuidadores terem desenvolvido estratégias que os auxiliassem no enfrentamento da sobrecarga do cuidado diário, que podem ser de âmbito psicossocial e estar relacionada à questão da esperança.

Ao investigar a fragilidade dos idosos cuidadores por meio dos cinco fenótipos propostos por Fried, mais da metade (56,8%) da amostra caracterizava-se como pré-frágil e 22,9% eram frágeis.

Neste contexto, alude-se à necessidade da reflexão sobre idosos cuidadores em processo de fragilização realizando atividades de cuidado ao idoso dependente. De acordo com Camargo (2010), o que muitas vezes se presencia, é o cuidador deixar de cuidar de si mesmo para cuidar do idoso, podendo anular atividades prazerosas e de descanso. Acrescenta a isso, os problemas de saúde típicos do envelhecimento, que contribuem direta e indiretamente à fragilidade e revela o agravamento das condições de vida dos cuidadores, pois as demandas do cuidado excedem os limites do esforço físico, mental, psicológico, social e econômico (VIDIGAL et al., 2014).

Tomomitsu, Lemos e Perracini (2010) realizaram um estudo com objetivo de identificar a prevalência e os fatores associados à fragilidade em 50 idosos cuidadores de idosos dependentes e identificaram que 18,0% eram frágeis, 54,0% pré-frágeis e 28%, não frágeis. As análises ainda demonstraram que houve relação entre a fragilidade e as variáveis capacidade funcional diminuída, sintomatologia depressiva e sobrecarga da doença sobre o cuidador. Assim, os cuidadores que apresentaram dificuldade para realizar as AVD tiveram maior chance de serem frágeis em relação aos que não apresentaram dificuldade nas tarefas.

Uma investigação que utilizou a base de dados do Estudo SABE, realizou rastreamento por avaliação autorreferida da síndrome de fragilidade entre 433 pessoas idosas, identificou que 17,1% eram não frágeis, 45,9% pré-frágeis e 37,0% frágeis (NUNES et al., 2015).

Ao considerar o papel do cuidador de idosos, existe tendência predominante de investigação dos efeitos negativos nessa função, com destaque para as doenças físicas, psicossomáticas, ansiedade, depressão, estresse, sobrecarga. Entretanto, nem todos os cuidadores desenvolvem doenças ou se tornam insatisfeitos com a tarefa de cuidar. Isso pode ser explicado com a utilização de diferentes estratégias individuais para lidar com as situações consideradas desgastantes que ajudam a desenvolver um senso de “ser útil”, capaz, necessário, favorecendo a autoestima (GAIOLI, FUREGATO; SANTOS, 2012).

6.3. Esperança dos idosos cuidadores de idosos

A esperança foi a variável de desfecho deste estudo. Recorreu-se a pontuação global da Escala de Esperança de Herth adaptada para âmbito brasileiro, com um escore total que varia entre 12 e 48 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, melhor o nível de esperança. A média total da EEH dos idosos cuidadores foi de 40,90 ($\pm 5,40$) e uma variação da pontuação de 22 a 48 pontos.

Em estudos publicados na literatura nacional e internacional, realizados com cuidadores, em que a EEH foi aplicada, encontrou-se uma pesquisa desenvolvida no Ambulatório de Quimioterapia de Adultos do Hospital São Paulo, que buscou avaliar o escore da esperança entre três diferentes grupos, constituído por: pacientes oncológicos, diabéticos e acompanhante / familiares/ cuidadores, maiores de 18 anos, em que apresentaram níveis de esperança superiores e similares aos idosos cuidadores do presente estudo. As médias foram de 41,50 ($\pm 4,60$) para o grupo de pacientes oncológicos, 40,40 ($\pm 4,80$) para os diabéticos e 40,80 ($\pm 3,70$) pontos para

familiares/cuidadores, evidenciando o importante papel da esperança em situações de doenças (BALSANELLI, GROSSI E HERTH, 2011).

Um estudo realizado no Canadá, com o objetivo de analisar a relação entre variáveis demográficas, esperança e qualidade de vida de 80 familiares cuidadores de pessoas com DA, identificou média de idade destes cuidadores de 67,2 anos e o escore médio da EEH inferior, de 37,40 ($\pm 4,90$) pontos. Um de seus resultados também indicou que quanto mais elevada a idade do cuidador e maior a pontuação de esperança, maior a pontuação no domínio psicológico de qualidade de vida (DUGGLEBY et al, 2011).

Em estudo realizado na Noruega, com objetivo de descrever os níveis de esperança e tensão de familiares cuidadores de pacientes com câncer avançado, obteve escore médio de 36,80 ($\pm 4,00$) pontos na EEH em cuidadores com idade média de 63,1 anos e mostrou que os cuidadores familiares com pontuações mais baixas na EEH, relataram níveis significativamente mais elevados de tensão (LOHNE; MIASKOWSKI; RUSTØEN, 2012).

Ao buscar por estudos nacionais com outras populações, que utilizaram a EEH para mensurar o nível de esperança dos sujeitos, encontrou-se o estudo de Balsanelli (2012) que caracterizou a esperança em 122 pacientes com câncer de mama no início (T0) e ao término (T1) do tratamento quimioterápico e obteve as medianas na EEH de 43 no T0 e 45 no T1.

Wakiuchi et al. (2015) tiveram por objetivo mensurar o nível de esperança de vida em pacientes oncológicos no início e no final do tratamento quimioterápico. Estes possuíam idade entre 18 e 85 anos, com predominância da faixa etária de 60 anos ou mais (56,7%) e apresentaram escores médio inferiores ao do presente estudo, de 35,8 pontos ($\pm 6,11$) com variação total de 23-48 pontos no início do tratamento e, média de 36,1 ($\pm 7,12$) variando de 22-48 pontos, no final do tratamento.

O estudo de Schuster et al. (2015), com objetivo identificar esperança e depressão em 89 pacientes sob tratamento quimioterápico em um hospital do sul do Brasil, apresentou escore médio similar à presente investigação, de 40,8 ($\pm 4,45$) com variação de 26 até 48 pontos, em pacientes com média de idade de 57,0 anos.

Ao avaliar o nível de esperança de 127 adultos e idosos renais crônicos em tratamento hemodialítico, Ottaviani et al. (2014) obtiveram média de 38,06 ($\pm 4,32$) pontos na EEH, com variação de 22 a 45 pontos, em indivíduos com idade compreendida entre 23 e 89 anos. Orlandi et al. (2012), em um estudo realizado com 50 idosos portadores de Doença Renal Crônica em hemodiálise em uma Unidade de Terapia Renal Substitutiva do interior do Estado de São Paulo, apontaram pontuação média de 35,67 ($\pm 3,20$), sendo, em ambos os estudo, as pontuações médias inferiores.

Orlandi e Praça (2013), também utilizaram a escala em três Serviços de Atenção Especializada (SAE) em DST/AIDS do município de São Paulo com o objetivo de avaliar o nível de esperança de mulheres com 50 anos ou mais, portadoras de HIV/AIDS. Os resultados mostraram uma pontuação média de 36,75 ($\pm 4,52$) pontos. Outra investigação realizada no Ambulatório de referência em Fortaleza – CE, com o objetivo de avaliar a esperança de vida de mulheres infectadas pelo HIV, obteve escore médio na EEH de 34,86 pontos (GALVÃO et. al., 2012).

Ao avaliar a esperança de 30 pacientes oncológicos de um hospital geral localizado no município de São Paulo, Moreira et al. (2013) encontraram média de 38,30 na EEH e variação entre 29 e 48 pontos.

Na literatura internacional foram localizados estudos que utilizaram a EEH para mensurar a esperança de vida dos sujeitos, sendo a maioria destes realizados com pessoas com doença crônica, como câncer, Insuficiência Cardíaca Congestiva, Acidente Vascular Encefálico, dentre outras.

A maior parte dos estudos obtiveram escores médios inferiores se comparados ao da presente pesquisa. Evangelista et al. (2003) investigaram a esperança, estado de humor e qualidade de vida de mulheres receptoras de transplante cardíaco. O escore médio para a EEH foi de 35,84 ($\pm 5,08$) pontos e identificaram forte associação entre a esperança, estados de humor e o componente mental da QV, portanto, a esperança foi um preditor independente de estados de humor e QV, sugerindo que intervenções direcionadas à promover esperança entre receptores de transplante cardíaco pode ser importante para melhorar a QV.

Bluvol e Ford-Gilboe (2004) realizaram um estudo no Canadá buscando a relação entre a esperança, a promoção da saúde da família e qualidade de vida em pacientes que sofreram um acidente vascular encefálico e seus cônjuges e obtiveram escore médio de 37,70 ($\pm 4,46$) e 39,90 ($\pm 4,73$) pontos na EEH, respectivamente. Relações moderadas e positivas foram encontradas entre a esperança e o trabalho em saúde e entre a esperança e a QV.

Um estudo longitudinal realizado com pacientes oncológicos em tratamento curativo e paliativo em Londres (Inglaterra) verificou o nível de esperança dos sujeitos por meio da EEH e obteve a pontuação média de 39,50 ($\pm 7,60$) pontos para indivíduos em tratamento curativo e 41,10 ($\pm 6,60$) para pacientes em tratamento paliativo (SANATANI; SCHEREIR; STITT, 2008).

Schojlbberg et al. (2010) realizaram um estudo com 160 pacientes do Ambulatório de Oncologia do Centro Universitário da Noruega, com o objetivo de descrever os níveis de esperança de mulheres com câncer de mama e comparar as pontuações com uma amostra da população geral. Os autores obtiveram escore médio de 38,90 e 36,70, respectivamente, na EEH. Na China, outra pesquisa realizada com 56 mulheres, também com câncer de mama, obteve escore médio de 38,62 pontos (ZHANG et al., 2010).

Um estudo realizado no Irã, com objetivo de investigar o nível de esperança em 150 pacientes com câncer e os fatores relacionados, verificou que pontuação média de esperança foi de 37,60 ($\pm 6,4$) pontos na EEH e foi observada uma correlação significativa entre o apoio da família e a esperança nos participantes (ABDULLAH-ZADEH et al., 2011).

Em São Francisco (EUA), uma pesquisa também realizada com pacientes oncológicos, teve como objetivo investigar a relação entre a esperança, a dor do paciente com câncer e as características psicológicas, demográficas e clínicas. Os resultados evidenciaram escore médio de 38,22 pontos na EEH e correlação negativa com média intensidade da dor, pior intensidade da dor, ansiedade e depressão, e correlação positiva com pontuações bem-estar espiritual (RAWDIN; EVANS; RABOW, 2013).

Outra pesquisa sobre a relação da dor, incerteza e esperança em pacientes com câncer de pulmão, em Taiwan, verificou que os sujeitos que

sentiam dor apresentavam menor esperança, com pontuação média na EEH de 30,81 ($\pm 5,95$) quando comparados àqueles sem dor, média de 36,91 ($\pm 5,18$) pontos (HSU et al., 2003).

Ao analisar cada um dos 12 itens da escala, as três alternativas que apresentaram médias mais altas foram: “Eu tenho fé que me conforta”, “Eu acredito no valor de cada dia” e “Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade” em ordem decrescente, para os idosos cuidadores. Os achados corroboram estudos da literatura, em que é possível verificar que as maiores médias foram obtidas nas alternativas “Eu tenho medo do futuro”, “Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade” e “Eu acredito no valor de cada dia”, em pacientes em tratamento hemodialítico (OTTAVIANI et al., 2014) e “Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade”, “Eu acredito no valor de cada dia” e “Eu tenho uma fé que me conforta” foram as alternativas com médias superiores no estudo com pacientes oncológicos (SCHUSTER et al., 2015).

Moreira et al. (2013) também analisaram as perguntas inseridas na EEH, detalhando a frequência das respostas dos pacientes. As maiores frequências foram nas questões “Eu consigo ver as possibilidades em meio às dificuldades” e “Eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor”, 66,7% e 63,3%, respectivamente. Portanto, evidenciam-se similaridades entre as alternativas com médias altas, em diferentes contextos e populações.

A esperança é algo essencial para o ser humano, e tem o poder de ajudar a enfrentar situações adversas, impulsionando-o no seu dia-a-dia. Evidencia-se uma média geral elevada na EEH do presente estudo, o que faz refletir sobre os fatores que podem influenciar neste resultado, se o fato de desempenhar papel de cuidador de outro indivíduo dependente pode sugerir que tenham mais esperança, ou ainda, se o fato destes cuidadores também serem idosos e a idade avançada associada às atividades do cuidado ser um fator que impulsiona a esperança, assim, faz-se necessário novos estudos na expectativa de compreender essa relação.

6.4. Fatores associados à esperança dos idosos cuidadores de idosos

Foi realizada uma análise de regressão logística multinomial para verificar quais variáveis estão associadas à EEH dos idosos cuidadores. Optou-se, para fins de análises, dividir a escala em tercils, de acordo com a pontuação dos indivíduos, possibilitando a comparação daqueles que apresentavam melhores níveis de esperança (primeiro tercil: ≥ 43 e ≤ 48), níveis intermediários de esperança (segundo tercil: ≥ 39 e < 43) e níveis mais baixos de esperança (terceiro tercil: < 39).

Associação entre todas as variáveis (quantitativas e categóricas) e a esperança foi realizada no presente estudo. No entanto, algumas variáveis (sociodemográficas, de saúde, de cuidado e algumas escalas utilizadas nas avaliações), não apresentaram significância estatística, não permanecendo no modelo final de regressão.

A presente investigação encontrou associação entre a esperança e a espiritualidade dos idosos cuidadores, em que a cada unidade de aumento de pontos na EEPP-R diminui em 38% a chance de o cuidador idoso pontuar no tercil intermediário e também diminui em 59% a chance de pontuarem no tercil mais baixo da EEH.

Não foram identificados na literatura nacional e internacional estudos que avaliassem a relação entre as variáveis de esperança e espiritualidade em cuidadores, especialmente idosos cuidadores. No entanto, alguns estudos conduzidos anteriormente identificaram correlação entre a esperança e a espiritualidade, utilizando-se das mesmas escalas (OTTAVIANI et al., 2014; PINTO, 2011).

Na literatura nacional, Ottaviani et al. (2014) em estudo quantitativo, realizado com pacientes renais crônicos, identificaram correlação positiva, de moderada magnitude, entre os domínios da EEPP-R (“crenças” e “esperança/otimismo”) e a EEH. Pinto (2011), numa investigação realizada em Portugal, com o objetivo de analisar a relação entre espiritualidade e esperança de doentes oncológicos em tratamento quimioterápico, por meio do coeficiente de correlação de Pearson entre as escalas, também identificou correlação positiva de moderada magnitude e retratou que a idade também pode

influenciar a experiência da espiritualidade. Assim, os mais idosos tendem a uma perspectiva de vida menos materialista e mais transcendental, surgindo com mais relevância a dimensão vertical da espiritualidade (PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2010).

A dimensão espiritual é descrita como relevante na atribuição de significados à vida e como um recurso de esperança no enfrentamento de acontecimentos que podem causar mudanças no estado de saúde e sofrimento (PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007). Portanto, a esperança e a espiritualidade estão associadas e podem ser consideradas fatores importantes dos idosos cuidadores no processo do cuidado ao idoso dependente. Estes resultados fornecem subsídios para alertar investigadores e profissionais de saúde, para a importância da esperança e espiritualidade nos cuidadores idosos, como importantes variáveis frente às adversidades do cuidado, e que podem contribuir com a qualidade do mesmo.

Foi incluída no modelo de análise a pontuação do EDG-15, o qual não permaneceu significativo, ficando apenas como controle no modelo, ou seja, os sintomas depressivos relacionados ao cuidado não foram associados à esperança, para amostra estudada.

Este resultado discorda do estudo de Balsanelli, Grossi e Herth (2011), que obteve correlação negativa entre a esperança e a depressão, isto é, quanto maior o escore de esperança menor o escore de depressão. Vai de encontro também com o estudo Schuster et al. (2015) que teve por objetivo identificar esperança e depressão em pacientes sob tratamento quimioterápico em um hospital do sul do Brasil, e obteve correlação negativa e significativa entre a EEH e o Inventário de Beck para Depressão, sendo encontrada uma relação linear inversa entre esperança e depressão. Uma tentativa de explicação para estas diferenças pode ser o fato da divergência entre as populações estudadas.

No que tange o estresse percebido, foi possível observar a associação com a esperança, sendo que quanto maior o nível de estresse percebido, maior a chance dos idosos cuidadores apresentarem baixos níveis de esperança.

Desempenhar a tarefa de cuidar de um indivíduo idoso pode levar a diversos fatores estressantes, que vão desde dificuldade financeira a fatores de ordem emocional. Tal atividade se torna ainda mais estressante quando assumida apenas por um familiar (SIMONETTI; FERREIRA, 2008) ou pode se agravar quando este cuidador também é idoso, causando-lhe frustrações, perdas sociais, e inclusive afetar sua esperança.

Em estudos com cuidadores, os sintomas depressivos e o estresse percebido são variáveis que mostraram estar relacionadas (PINQUART; SORENSEN, 2003; PARK-LEE et al., 2009), no entanto, ao serem inseridas no modelo de regressão, permaneceu apenas o estresse percebido como variável com maior força de associação. Isto aponta para resultados inovadores, em que, a presença de estresse percebido, mais que de sintomas depressivos, esteve associado à esperança, na amostra específica.

A idade dos idosos cuidadores também permaneceu significativa no modelo. Idades entre 70 e 79 anos e 80 anos e mais, tiveram mais chance de pontuarem no terceiro tercil da EEH, quando comparados a idosos mais jovens. Desta forma, as idades mais avançadas foram associadas a níveis mais baixos de esperança.

Este resultado pode se referir ao fato destes idosos cuidadores de idades mais avançadas estarem também vivenciando um quadro de maior dependência e menor autonomia, que afetam diretamente o contexto do cuidado, a solução dos problemas, e conseqüentemente diminuem sua esperança.

Pesquisas sobre a esperança e sua associação com a idade, ainda trazem resultados diversos. Lohne, Miaskowski e Rustøen (2012) com objetivo de identificarem as diferenças entre a esperança e a tensão do familiar cuidador associada às características demográficas, apontaram não haver diferenças em escores de esperança com base em sexo, idade, nível de educação, ou situação de emprego. Pinto (2011) também verificou que a esperança não varia em função do sexo ou da idade.

Contrariamente, o estudo de Benzein e Berg (2005), realizado em pacientes e familiares em cuidados paliativos, apontou resultados do ponto de

vista dos membros da família, que quanto maior a idade, menor o nível de esperança e mais forte é a experiência de desespero e fadiga.

Duggleby et al. (2011), com objetivo de analisar os fatores associados à qualidade de vida dos cuidadores com variáveis demográficas e a esperança, identificaram que o domínio psicológico da escala de qualidade de vida (WHOQOL-BREF) foi o único domínio em que a idade era um fator significativo. Assim, quanto mais velho o cuidador e maior a pontuação da esperança e maior a pontuação no domínio psicológico. Indo de acordo com as teorias que sugerem gerotranscendência, em que à medida que envelhecemos os aspectos psicológicos e existenciais são tão importantes quanto os aspectos físicos para qualidade de vida.

Mais investigações são necessárias para entender como a idade influencia a experiência da esperança. O fato de estarmos diante de uma população em envelhecimento mundial, acarreta a muitos idosos o papel de cuidador (BENZEIN; BERG, 2005), que visa atender às necessidades de outro idoso mais dependente, mas que também pode vir a demandar por cuidados.

Com relação à renda dos idosos cuidadores, aqueles que não possuíam renda, foram estatisticamente significantes no modelo, assim, os idosos cuidadores sem renda, estavam mais propensos a apresentarem níveis mais baixos de esperança quando comparados àqueles cuidadores com renda maior que um salário mínimo.

Em contrapartida, Schuster et al. (2015) não encontraram significância estatística entre a renda e a esperança. Herth (1993), em estudo que explorou o significado de esperança em familiares cuidadores de doentes terminais, apontou que níveis de esperança não variaram em função da idade, sexo, situação financeira, nível de escolaridade ou tempo de cuidados prestados.

A renda do cuidador pode compor uma importante parte da renda familiar e auxiliar nas despesas relacionadas ao cuidado. Neste contexto, não possuir renda, pode estar associada às necessidades financeiras familiares, que dentre outras coisas, afetam o estado emocional do indivíduo e a esperança.

A restrição dos recursos financeiros é uma limitação importante, que pode inclusive comprometer o cuidado. Entretanto, a impossibilidade de realizar atividade extradomiciliar pela necessidade de prestar os cuidados, muitas vezes impede os cuidadores de exercerem atividades remuneradas e sua contribuição para a renda familiar (YAMASHITA et al., 2010).

A variável “não receber ajuda afetiva/emocional” no cotidiano do cuidado foi significativa no modelo de regressão, de modo que, os idosos cuidadores tiveram 2,19 vezes a chance de pontuar no segundo tercil e 3,09 vezes a chance de pontuar no terceiro tercil da EEH, quando comparados àqueles que recebiam ajuda afetiva/emocional. Portanto, não receber esse tipo de ajuda, esteve relacionado à um nível mais baixo de esperança.

Tobias e Lemos (2005) retratam que o principal suporte informal aos cuidadores advém da família e dos amigos. Esse apoio é oferecido por meio de orientações sobre a enfermidade, além da valorização e reconhecimento demonstrados por meio do suporte físico, social e afetivo. Neste sentido, em estudo realizado nos EUA, identificou que os familiares e amigos constituem parte essencial do suporte social informal, provedor de suporte emocional e de integração social aos cuidadores (LILLY; RICHARDS; BUCKWALTER, 2003).

Isto evidencia a importância do apoio emocional no cotidiano dos idosos cuidadores para o enfrentamento das adversidades e para impulsionar um melhor nível de esperança.

Resultado interessante foi encontrado entre as horas que o cuidador dedicava ao cuidado e a esperança. Indivíduos que cuidavam de 6 a 10 horas por dia, diminuíram em 72% a chance de pontuar no último tercil da EEH, quando comparados àqueles que cuidavam menos horas diárias (até 5 horas). Ou seja, cuidar uma quantidade intermediária de horas, diminuem as chances dos idosos cuidadores, obterem pior esperança.

Não foram encontrados estudos que corroborassem com os resultados do presente estudo. Tentativas de explicar esta associação com as horas intermediárias de cuidado remete a reflexão sobre a média de horas diárias de cuidados serem inferiores quando comparadas às outras pesquisas da literatura (CHEN, CHEN, CHU, 2015; GRATÃO et al., 2010; LEMOS,

GAZZOLA, RAMOS, 2006; TRELHA et al., 2006) o que pode ser explicado pelo fato dos idosos receptores de cuidados apresentarem menores níveis de dependência. Assim, as horas que os cuidadores despendem com o cuidado, são apenas para auxílio em algumas atividades diárias do idoso, que não influenciam negativamente no cotidiano dos idosos cuidadores.

Ferreira, Alexandre e Lemos (2011), evidenciam em seu estudo que um dos maiores obstáculos decorrentes do processo de cuidar de uma pessoa é a impossibilidade de sair de casa, de realizar atividades sociais e de lazer que acarretam mudanças no seu estilo de vida. Desta forma, seja o cuidador uma pessoa jovem ou idosa, estas restrições levam à sensação de perda da autonomia no gerenciamento da própria vida em função da responsabilidade pelo cuidado do outro.

Neste sentido, outra explicação ao fato de que cuidar de 6 a 10 horas diárias, diminuem as chances de obterem níveis mais baixos de esperança, pode ser devido a permitir que o idoso cuidador tenha mais tempo livre em seu dia-a-dia para desenvolver outras atividades de seu interesse, que não estejam relacionadas ao cuidado, de forma que consiga manter-se com níveis mais elevados de esperança.

Portanto, diante do arcabouço exposto, a tarefa do cuidado, associada às restrições financeiras, à falta de apoio emocional, níveis elevados de estresse, bem como a idade avançada, podem influenciar negativamente diminuindo a esperança dos idosos cuidadores, ao passo que, uma espiritualidade elevada e cuidar do idoso uma quantidade intermediária de horas diárias (6 a 10 horas), podem ser consideradas fatores protetores, que elevam nível de esperança, na população estudada.

7. CONCLUSÕES

A realização desta investigação permitiu identificar quais fatores sociodemográficos, condições de saúde e de cuidado, variáveis psicológicas, mentais e físicas estão associadas à esperança dos idosos cuidadores de idosos, residentes nas áreas de abrangência das USFs de um município do interior do estado de São Paulo.

Os resultados obtidos possibilitaram verificar que:

- Com relação à caracterização sociodemográfica dos idosos cuidadores, a maioria era do sexo feminino, viviam em situação conjugal, com média de 69,7 anos de idade e 3,8 anos de escolaridade. Pertenciam à religião católica, praticante, há mais de 10 anos. Possuíam renda familiar de 2 a 4 salários mínimos e renda apenas do cuidador de até um salário mínimo;

- Os problemas de saúde mais relatados pelos idosos cuidadores foram: hipertensão arterial, problemas de coluna e diabetes mellitus. Na avaliação subjetiva da saúde, pouco mais da metade relatou perceber sua saúde como “boa/muito boa”;

- Quanto aos aspectos relacionados ao cuidado, a maioria cuidava do cônjuge, por mais de 5 anos, e dedicavam até 5 horas por dia de cuidados com o idoso. A maioria não recebia ajuda financeira e/ou material, nem ajuda de grupos religiosos, e pouco mais da metade também relataram não receber ajuda afetiva e emocional;

- Os idosos dependentes de cuidados na maioria eram do sexo masculino, com idades predominantes entre 70 e 79 anos, possuíam de 1 a 4 anos de escolaridade. Houve predomínio de independência para as ABVDs e dependência parcial para as AIVDs;

- A espiritualidade dos idosos cuidadores foi elevada (média de 3,85 pontos no domínio crença e 3,39 pontos no domínio esperança/otimismo); a estratégia de enfrentamento mais utilizada pelos cuidadores foi focada na “Expressão de emoções negativas” (média de 19,8 pontos); a maioria não apresentou sintomas depressivos (média de 3,69 pontos no EDG-15); a pontuação média da EEP-14 foi de 19,0 pontos; no MEEM, a maioria apresentou indícios de alterações cognitivas; a maior parte dos cuidadores apresentou pequena sobrecarga (média de 17,7 pontos) e eram pré-frágeis, segundo a avaliação dos fenótipos de cinco critérios propostos por Fried;

- Na avaliação da esperança pela EEH, a média obtida foi de 40,9 pontos, sendo que a pontuação pode variar de 12 a 48;

- As variáveis associadas à esperança foram: espiritualidade, estresse percebido, idade, renda do cuidador, não receber ajuda afetiva/emocional e horas que cuida;

Portanto, os menores níveis de esperança estavam significativamente associados ao estresse, idades avançadas, cuidadores sem renda e não receber ajuda afetiva e emocional. Maiores níveis de espiritualidade e cuidar de 6 a 10 horas diárias, foram consideradas fatores protetores para uma esperança mais elevada.

Com os resultados apresentados no presente estudo, acredita-se trazer uma inovação ao traçar o perfil dos idosos cuidadores em amostra de uma cidade brasileira, e evidenciar também, características peculiares destes idosos cuidadores de outros idosos com menores graus de dependência, além de retratar sobre a esperança, como uma variável emocional importante no processo de cuidar, destes idosos cuidadores.

Os dados sobre a esperança permitem subsidiar o direcionamento de intervenções que visem à promoção da esperança dos idosos cuidadores, bem como, o levantamento de questionamentos para estudos posteriores. Assim:

- Poderão estar pautadas na valorização e reconhecimento da importância da espiritualidade para o contexto do cuidado;

- Deverão levar em consideração a avaliação e melhoria do estresse percebido;

- Poderão ter um foco maior no grupo de idosos de idades mais avançadas, uma vez que apresentavam níveis mais baixos de esperança;

- Poderão estar voltadas à promoção de suporte físico, afetivo/emocional e social para os idosos cuidadores, por meio do uso, criação ou adequação de instrumentos de avaliação e de grupos desenvolvidos em parceria com os profissionais de saúde das USFs;

- Levam à necessidade de investigações sobre os possíveis fatores relacionados à uma carga horária intermediária (6 a 10 horas diárias)

dedicada ao cuidado, que permite tornar-se um fator protetor para uma esperança mais elevada.

O estudo apresenta algumas limitações. Os dados apresentados referem-se apenas aos idosos cadastrados nas 16 USFs do município de São Carlos. Apesar de terem sido entrevistados o maior número possível de idosos, não foi realizado o cálculo do poder amostral, o que limita a expansão dos resultados para a população de idosos cuidadores em geral. Outra limitação pode advir do protocolo extenso utilizado para a coleta dos dados, que pode ter gerado cansaço nos idosos respondentes e prejudicado as respostas para alguns instrumentos.

Apesar de a investigação apresentar resultados que não podem ser generalizados, poderão contribuir com a elaboração e planejamento de políticas públicas e ações que fortaleçam a assistência ao cuidador, em especial ao cuidador que também é idoso e vem se tornando uma figura representativa do cuidado e que merecem a atenção voltada dos profissionais de saúde.

A prática de cuidados às pessoas idosas e seus cuidadores exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos mesmos e a importância do ambiente no qual está inserido (GRATÃO, 2010).

Além disto, por em foco a esperança permite a reflexão sobre a escassez de formação dos profissionais de saúde para os cuidados com os aspectos emocionais de idosos cuidadores atendidos pelas USFs. A capacitação destes profissionais leva à sensibilização para a necessidade de atenção ao estado emocional, compreensão da importância da esperança, crenças, espiritualidade, enfim, para que também sejam refletidas em todo o processo do cuidado.

Assim, “viver na esperança não é, por conseguinte, viver na ilusão [...]. É acreditar que apesar das dificuldades do percurso e de todos os obstáculos que possam surgir, a vida continua a ter sentido e significado. Compete ao profissional de saúde [...] ajudar a pessoa a restaurar a esperança” (PINTO, 2011, p.41-42).

8. REFERÊNCIAS

Érica Nestor Souza

ABDULLAH-ZADEH, F. et al. Hope in Iranian cancer patients. **J. Nurs. Midwifery Rev**, v.16, n.4, p.288-91, 2011.

ALMEIDA, A.M. et al. Qualidade de vida, autoestima, depressão e espiritualidade em pais cuidadores de menores diabéticos. **Rev. Med. Res.**, v.4, n.2, p.94-100, 2012.

Alzheimer's Association. 2008. Alzheimer's disease facts and figures. **Alzheimer Dement**, v.4, n.2, p.110-33.

AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A. D. C.; ALVARENGA, M. R. M. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, v.17, n. 2, p. 266-72, 2008.

AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M.A.C.; ALVARENGA, M.R.M. Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.45, n.4, p.884-9, 2011.

ANDRADE, L.M.; COSTA, M.F.M.; CAETANO, J.Á.; SOARES, E.; BESERRA, E.P. A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.43, n.1, p.37-43, 2009.

ARAÚJO, C.L.O.; OLIVEIRA, J.F.; PEREIRA, J.M. Perfil de cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer. **Rev. Kairós Gerontologia**, v.15, n.1, p.119-137, 2012.

ARAUJO, J.S. et al. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.16, n.1, p.149-158, 2013.

BALARDIN, J. B. et al. Déficits cognitivos em cuidadores de pacientes com demência. **RBCEH**, v.4, n.2, p.55-64, 2007.

BALSANELLI, A. C. S.; GROSSI, S. A. A.; HERTH, K. Avaliação da esperança em pacientes com doença crônica e em familiares ou cuidadores. **Acta Paul. Enferm.**, v.24, n.3, p. 354-358, 2011.

Érica Nestor Souza

- BATISTA, S.; MENDONÇA, A.R.A. Espiritualidade e qualidade de vida nos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico. **Rev. de bioética**, v.20, n.1, p.175-88, 2012.
- BÉRDARD, M. et al. The Zarit Burden Interview: a new short version and screening version. **The Gerontologist Cary**, v.41, n.5, p.653-657, 2001.
- BERTRAND, R. M. Caregiving and cognitive function in older women: evidence for healthy caregiver hypothesis. **J. Aging Health**, v.24, n.1, p.48-66, 2012.
- BLUVOL, A.; FORD-GILBOE, M. Hope, health work and quality of life in families of stroke survivors. **J. Adv. Nurs.**, v.48, n.4, p.322-32, 2004.
- BRANDÃO, V. Longevidade, empatia e esperança – novos rumos. REVISTA PORTAL de Divulgação (São Paulo), 32, Ano III, maio 2013. Disponível em: www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista. Acesso em: 06/04/2014.
- BRAZ, E; CIOSAK, S.I. O tornar-se cuidadora na senescência. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v.13, n.2, p.372-77, 2009.
- BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **R. Bras. Est. Pop.**, v.25, n.1, p.5-26, 2008.
- BRONDANI, C.M. et al. Cuidadores e estratégias no cuidado ao doente na internação domiciliar. **Texto Contexto Enferm.**, v.19, n.3, p. 504, 2010.
- BRONDANI, C.M.; BEUTER, M.; ALVIM, N.A.T.; SZARESKI, C.; ROCHA, L.S. Cuidadores e estratégias no cuidado ao doente na internação domiciliar. **Texto Contexto Enferm.**, v.19, n.3, p.504-10, 2010.
- CALDERERO, A.R.L.; MIASSO, A.I.; CORRADI-WEBSTER, C.M. Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento. **Rev. Eletrônica Enferm.**, v.10, n.1, p.51-62, 2008.
- CAMARANO, A.A. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. Rio de Janeiro, 2002. IPEA (Instituto de Pesquisa

Érica Nestor Souza

Econômica Aplicada). Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2091/1/TD_858.pdf. Acesso em: 16/05/2015.

CAMARGO, R.C.V.F. Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.) [online], v.6, n.2, p. 231-254, 2010.

CAVACO, VERA et al. Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? Revisão sistemática. **Rev. Referência**, série 2, n. 12, p. 93-103, 2010.

CRUZ, M.N; HAMDAN, A.C.O impacto da doença de Alzheimer no cuidador. **Psicol. Estud.**, v.13, n.2, p. 223-229, 2008.

CHAN, A. et al. Health impacts of caregiving for older adults with functional limitations: results from the Singapore Survey on informal caregiving. **J. Aging Health**, v.25, n.6, p.998-1012, 2013.

CHAVES, E.C.L et al. Validação da escala de espiritualidade de pinto e pais-ribeiro em pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Rev. Enferm.**, v.4, n.2, p.715-21, 2010.

CHAVES, E.C.L. et al. Eficácia de diferentes instrumentos para a atribuição do diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual. **Rev. Lat-Am. Enferm.**, v.19 n.4, 2011.

CHAVES, É.C.L. **Revisão do diagnóstico de enfermagem: angústia espiritual.** 2008. 255f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

CHEN, M.; CHEN, K.; CHU, T. Caregiver burden, health status and leanerd resource fullness of older caregivens. **West. J. Nurs. Res.**, v.37, n.6, p.767-780, 2015.

DEL DUCA, G.F; THUME, E; HALLAL, P.C. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. **Rev. Saúde Pública**, v.45, n.1, p.113-120, 2011.

Érica Nestor Souza

DINIS, C.; RODRIGUES-FERREIRA, T.; CARVALHO, J.C. Familiar cuidador da pessoa com psicose: satisfação na prestação de cuidados. **Revista**

Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, n.1, p. 59-64, 2014.

Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602014000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20/11/2015.

DIOGO, M.J.D'E.; CEOLIM, M.F.; CINTRA, F.A. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.39, n.1, p.97-102, 2005.

DUFAULT, K; MARTOCCHIO, B. Symposium on Compassionate Care and the Dying Experience. Hope: Its Spheres and Dimensions. **Nurs Clin North Am**, v. 20, n. 2, p.379-391, 1985.

DUGGLEBY, W.D. et al. A mixed methods study of hope, transitions, and quality of life in family caregivers of persons with Alzheimer's disease. **BMC Geriatr.**, v.22, n.11, p.88, 2011.

EVANGELISTA, L.S. et al. Hope, mood states and quality of life in female heart transplant recipients. **J. Heart Lung Transplant.**, v.22, n.6, p.681-6, 2003.

FELICIANO, A.B; MORAES, S.A; FREITAS, I.C.M. O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.6, p.1575-1585, 2004.

FERNANDES, M.G.M.; SILVA, A.O.; NEVES, L.L.S.N.; MEDEIROS, A.C.T. Indicadores e condições associadas ao envelhecimento bem-sucedido: revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enferm.**, v.16, n.3, p.543-8, 2011.

FERREIRA, C.G.; ALEXANDRE, T.S.; LEMOS, N.D. Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores de idosos em assistência domiciliar. **Saúde Soc.**, v.20, n.2, p.398-409, 2011.

FERREIRA, F. et al. Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliares para população portuguesa. **Cad. Saúde**, v.3, n.2, p.13-19, 2010.

Érica Nestor Souza

- FIALHO, P.P.A. et al. Dementia caregiver burden in Brazilian simple: association to neuropsychiatric symptoms. **Dementia & Neuropsychologia**, v.3, n.2, p.132-135, 2009.
- FIGUEIRA A.R. **Qualidade de vida e espiritualidade em pessoas idosas: a UCCC do HJLC**. 2010. 95f. Dissertação (Mestrado). Universidade de Aveiro. Aveiro.
- FIGUEIREDO, P.P.A.; LIMA, M.P.; SOUSA, L. Os “pacientes esquecidos”: satisfação com a vida e percepção de saúde em cuidadores familiares de idosos. **Rev. Kairós**, v.12, n.1, p.97-112, 2009.
- FOGAÇA, M.C.; CARVALHO, W.B.; NOGUEIRA-MARTINS, L.A. Estudo preliminar sobre a qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.44, n.3, p.708-12, 2010.
- FRATEZI, F.R.; GUTIERREZ, B.A.O. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p.3241-3248, 2011.
- FREITAS, I.C.C.; PAULA, K.C.C.; SOARES, J.L.; PARENTE, A.C.M. Convivendo com o portador de Alzheimer: perspectivas do familiar cuidador. **Rev. Bras. Enferm.**, v.61, n.4, p.508-13, 2008.
- GAIOLI, C.C.L.O.; FUREGATO, A.R.F.; SANTOS, J.L.F. Perfil de cuidadores de idosos com doença de alzheimer associado à resiliência. **Texto Contexto Enferm.**, v.21, n.1, p.150-7, 2012.
- GALVÃO, M. T. G. et al. Esperança em mulheres portadoras de HIV. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.46, n.1, p.38-44, 2012.
- GARRIDO R.; MENEZES P.R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. **Rev. Saúde Pública**, v.38, n.6, p.835-41, 2004.

Érica Nestor Souza

GIACOMIN, K.C. et al. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos.

Cad. Saúde Pública, v.21, p.80-91, 2005.

GONÇALVES, L.H.T.; ALVAREZ, A.M.; SENA, E.L.S.; SANTANA, L.W.S.; VICENTE, F.R. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Texto Contexto Enferm.**, v.15, n.4, p.570-7, 2006.

GORT, A.M. et al. Use of Zarit Scale for assessing caregiver burden and collapse in caregiving at home in dementias. **Int. J. Geriatr. Psychiatry.**, v.22, n.10, p.957-962, 2007.

GOULART, F. A. A. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana Da Saúde / Organização Mundial Da Saúde, 2011.

GRATÃO, A.C.M. et al. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.47, n.1, p.137-44, 2013.

GRATÃO, A.C.M. **Sobrecarga vivenciada por cuidadores de idosos na comunidade**. 2010. 161f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

GRATÃO, A.C.M. et al. Demanda do cuidados familiar com idoso demenciado. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.44, n.4, p.873-880, 2010.

GUIMARÃES, H.P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física **Rev. Psiq. Clín.**, v.34, n., p.88-94, 2007.

HERRERA, B.S. Dimensión espiritual del cuidado en situaciones de cronicidad y muerte: Surgen luces de esperanza para acoger mejor el reto de la totalidad, tras años de investigación en enfermería. **Aquichán.**, v.4, n.1, p. 6-9, 2004.

HERTH, K. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. **J. Adv. Nurs.**, v.7, n.10, p.1251-9, 1992.

Érica Nestor Souza

HOLTSLANDER, L.; DUGGLEBY, W. An inner struggle for hope: insights from the diaries of bereaved family caregivers. **International Journal of Palliative Nursing**, v.14, n.10, p.478-484, 2008.

HSU, T.H. et al. The relationship of pain, uncertainty, and hope in Taiwanese lung cancer patients. **J. Pain Symptom Manage**, v.26, n.3, p. 835-842, 2003.

HUFFMAN, K.; VERNON, M.; VERNON, J. **Psicologia**. São Paulo: Atlas; 2003.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico**. 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em 22 out. 2015.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>. Acesso em: 05 set 2015.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Principais indicadores da PNAD 2013**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2013/default_sintese.shtm> Acesso em: 15 out. 2015.

INOCENTI, A.; RODRIGUES, I.G.; MIASSO, A.I. Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.11, n.4, p.858-65, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a11.htm>.

JACINTO, B.P. **Qualidade de vida e espiritualidade do idoso institucionalizado**. 2010. 101f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Aveiro, Portugal.

KARSCH, U.M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, p.861-866, 2003.

Érica Nestor Souza

KAWASAKI, K.; DIOGO; M.J.D'E. Assistência domiciliária ao idoso: perfil do cuidador formal. Parte 1. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.35, n.2, p.257-64, 2001.

KIM, S.W. et al. Correlates of caregiver burden for Korean elders according to cognitive and functional status. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, v.21, n.9, p.853-861, 2006.

LEBRÃO, M.L. et al. Evolução nas condições de vida e saúde da população idosa do município de São Paulo. **São Paulo Perspect**, v.22, n.2, p.30-45, 2008.

LEBRÃO, M.L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. Ed. Bolina. São Paulo. **Saúde Coletiva**, v.4, n.17, p.135-140, 2007.

LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R. Condições de saúde. In: Lebrão, M.L, Duarte, Y.A.O. SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento. O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

LEMOS, N.D.; GAZZOLAI, J.M.; RAMOS, L.R. Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. **Saúde Soc.**, v.15, n.3, p.170-179, 2006.

LENARDT, M.H. et al. A condição de saúde e satisfação com a vida do cuidador familiar de idosos com Alzheimer. **Colomb. Med.**, v.42, n.2, p.17-25, 2011.

LOHNE, V.; MIASKOWSKI, C.; RUSTØEN, T. The relationship between hope and caregiver strain in family caregivers of patients with advanced cancer. **Cancer Nurs.**, v.35, n.2, p.99-105, 2012.

LOPÉZ, J; CRESPO, M; ZARIT, S.H. Assessment of the Efficacy of Stress Management Program for Informal Caregivers of Dependent Older Adults. **The Gerontologist**, v.47, n.2, p.205-2014, 2007.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; VALLADA, H. Measuring spirituality and religiosity in clinical research: a systematic review of instruments available in the Portuguese language. **Medical Journal**, v.131, n.2, p.112-122, 2013.

Érica Nestor Souza

LUND, M. Caregiver, take care. **Geroatric Nursing**, v.26, n.3, p.152-143, 2005.

LUZARDO, A.R.; GORINI, M.I.P.C.; SILVA, A.P.S.S. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Texto Contexto Enferm.**, v.15, n.4, p.587-94, 2006.

MARQUES, R.; DIXE, M.A.; QUERIDO, A. A esperança e o cuidar de cuidadores informais de pessoas com doença Crônica e avançada. **INFAD Revista de Psicología**, v.4, n.1, p.27-38, 2011.

MARQUES, S.; RODRIGUES, R.A.P.; KUSUMOTA, L. Cerebrovascular accident in the aged: changes in family relations. **Rev. Lat-Am Enferm.**, v.14, n.3, p.364-71, 2006.

MARTINS, J.J. et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto Enferm.** v.16, n.2, p.254-62, 2007.

MENDES, G.D.; MIRANDA, S.M.; BORGES, M.M.M.C. Saúde do cuidador de idosos: um desafio para o cuidado. **Rev. Enferm. Integrada**, v.3, n.1, p.408-421, 2010.

MENDES, I.A.C. et al. Re-humanization of the executive nurse's job: a focus on spiritual dimension. **Rev. Lat-Am. Enferm.**, v.10, n.3, p.401-7, 2002.

MENDONÇA, F.F.; GARANHANI, M.L.; MARTINS, V.L. Cuidador familiar de sequelados de acidente vascular cerebral: significado e implicações. **Physis**, v.18, n.1, p.143-58, 2008.

MIGUEL, M.E.G.B.; FIGUEIRA, M.O.; NARDI, E.F.R. Perfil dos cuidadores familiares de idosos dependentes de uma unidade básica de saúde. **Rev. F@pciência**, v.6, n.14, p.118-127, 2010.

MOREIRA, M.M.C. et al. Esperança de pacientes oncológicos. In: SEMINÁRIOS NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 17., 2013, Natal/RN. **Resumo**. 2013.

Érica Nestor Souza

NARDI, E.F.R.; OLIVEIRA MLF. Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. **Rev. Gaucha Enferm**, v.29, n.1, p.47-53, 2008.

NARDI, E.F.R.; OLIVEIRA, M.L.F. Significado de Cuidar de Idosos Dependentes. **Cienc. Cuid. Saúde**, v.8, n.3, p.428-435, 2009.

NASCIMENTO, L.C. et al. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. **Rev. Bras. Enferm.**, v.61, n.4, p.514-7, 2008.

NASCIMENTO, L.C.; OLIVEIRA, F.C.S.; MORENO, M.F.; SILVA, F.M. Cuidado espiritual: componente essencial da prática da enfermeira pediátrica na oncologia. **Acta Paul. Enferm.**, v.23, n.3, p.437-40, 2010.

NERI, A. L. (Org). **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e culturais**. 2ed. Campinas: Alínea, 2006.

NERI, A. L. **Qualidade de Vida e Idade Madura**. Campinas: Papyrus, 1993.

NERI, A.L.; CARVALHO, V.A.M. **O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais**. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Op.cit. 2002 .p.778-90.

NUNES, D.P. et al. Rastreamento de fragilidade em idosos por instrumento autorreferido. **Rev. Saúde Pública**, v.49, n.2, p.1-9, 2015.

OLIVEIRA, M.C.M. et al. Autoestima, depressão e espiritualidade em pacientes portadoras de neoplasia mamária. **Rev. Med. Res**. v.13, n.4, p. 261-266, 2011.

ORLANDI, F. S.; PRAÇA, N. S. A esperança na vida de mulheres com HIV/AIDS: avaliação pela Escala de Herth. **Texto Contexto Enferm**. v.22, n.1, p.141-48, 2013.

ORLANDI, F.S. et. al. Avaliação do nível de esperança de vida de idosos renais crônicos em hemodiálise. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.46, n.4, p.900-905, 2012.

OTTAVIANI, A.C. et al. Esperança e espiritualidade de pacientes renais crônicos em hemodiálise: estudo correlacional. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.22, n.2, p.248-54, 2014.

Érica Nestor Souza

- PARK-LEE, E. et al. Positive affect and incidence of frailty in elderly women caregivers and noncaregivers: results of caregiver-study of osteoporotic fractures. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.57, n.4, p.627-33, 2009.
- PAULA, J.; ROQUE, F.; ARAÚJO, F. Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de demência de Alzheimer. **J. Bras. Psiq.**, v.57, n.4, p.283-7, 2008.
- PENHA, R.M.; SILVA, M.J.P. Do sensível ao Inteligível: novos rumos comunicacionais em saúde por meio do estudo da Teoria Quântica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.43, n.1, p.208-14, 2009.
- PEREIRA, M.A.C. **Qualidade de vida e espiritualidade na esclerose múltipla**. 2009. 110f. Dissertação (Mestrado). Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Porto.
- PERUCCHI, J.L. Perfil dos cuidadores de idosos com deficit de autocuidado residentes no sul de Santa Satarina. **Revista Inova Saúde**, v.2, n.1, p.19-32, 2013.
- PIMENTA, G.M.F. et al. Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande região do Porto, Portugal. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.43, n.3, p.609-14, 2009.
- PINTO, C.; PAIS-RIBEIRO, J.L. Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. **Arq Med.**, v.21, n.2, p.47-53, 2007.
- PINTO, M.F et al. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. **Acta Paul Enferm.**, v.22, n.5, p.652-7, 2009.
- PINTO, S.M.O. **Espiritualidade e a esperança da pessoa com doença oncológica: estudo numa população de doentes em quimioterapia**. 2011. 127f. Dissertação (Mestrado). 1º Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos. Faculdade de Medicina de Universidade do Porto. Porto.

Érica Nestor Souza

PIZZIGNACCO, T.P.; MELLO, D.F.; LIMA, R.G. A experiência da doença na fibrose cística: caminhos para o cuidado integral. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.45, n.3, p.638-44, 2011.

PROOT et al. Vulnerability of family caregivers in terminal palliative care at home; balancing between burden and capacity. **Scand J. Caring Sci.**, v.17, n.2, p.113–121, 2003.

RAWDIN, B.; EVANS; RABOW, M.V. The Relationships among Hope, Pain, Psychological Distress, and Spiritual Well-Being in Oncology Outpatients. **J. Palliat Med.**, v.16, n.2, p.167-172, 2013.

RICCI, M. et al. Clinical findings, functional abilities and caregiver distress in the early stage of dementia with Lewy bodies (DLB) and Alzheimer's disease (AD). **Arch. Gerontol. Geriatr.**, v.49,n.2, p.101-4, 2009.

ROCHA, M.P;F.; VIEIRA, M.; SENA, R.R. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. **Rev. Bras. Enferm.**, v.61, n.6, p.801-8, 2008.

RODRIGUES, S.L.A.; WATANABE, H.A.W.; DERNTL, A.M. A saúde de idosos que cuidam de idosos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.40, n.4, p.493-500, 2006.

SANATANI, M.; SCHEREIER, G.; STITT, L. Level and direction of hope in cancer patients: an exploratory longitudinal study. **Support Care Cancer**, v.16, n.5, p.493-9, 2008.

SANCHEZ, M.A. A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica. **Textos Envelhecimento**, v.3, n.3, 2000.

SANTOS, A.A.; PAVARINI, S.C.I. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.31, n.1, p.115-22, 2010.

SANTOS, G.; SOUSA, L. A espiritualidade nas pessoas idosas: influência da hospitalização. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.15, n.4, p.755-765, 2012.

Érica Nestor Souza

SARTORE, A.C.; GROSSI, S.A.A. Escala de esperança de herth – instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.42, n.2, p.227-232, 2008.

SARTORE, A.C; GROSSI, S.A.A. Escala de Esperança de Herth: instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.42, n.2, p.227-232, 2008.

SCAZUFCA, M.; MENEZES,P.R.; ALMEIDA.O.P. Caregivers burden is an elderly population with depression in São Paulo, Brasil. **Social Psychiatric Epidemiology**, v.37, n.9, p.416-422, 2002.

SCHOJOLBERG, R.N. et. al. Factors affecting hope in a sample of fatigued breast cancer outpatients, **Palliat Support Care**, v.9, n. 1, p.63-72, 2011.

SCHOSSLER, T.; CROSSETTI, M. D. G. Cuidador domiciliar do idoso e o cuidado de si: uma análise através da teoria do cuidado humano de Jean Watson. **Texto Contexto Enferm.**, v.17, n. 2, p.280-7, 2008.

SCHULZ, R.; BEACH, S.R. Caregiving as a Risk Factor for MortalityThe Caregiver Health Effects Study. **JAMA**, v.282, n.23, p.2215-2219, 1999.

SCHUSTER, J.T. et al. Esperança e depressão em pacientes oncológicos em um hospital do sul do Brasil. **Revista da AMRIGS**, v.59, n.2, p.84-89, 2015.

SEBASTIÃO C.; ALBUQUERQUE, C. Envelhecimento e dependência. Estudo sobre os impactes da dependência de um membro idoso na família e no cuidador principal. **Ver. Kairós Gerontol.**, v.14, n.4. p.25-49, 2011.

SEIMA, M.D.; LENARDT, M.H; CALDAS, C.P. Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. **Rev. Bras. Enferm.**, v.67, n.2, p.233-40, 2014.

SENTEIO, J. **Família: aspectos gerais**. ETIC - Encontro de Iniciação Científica. v.10, n.10, 2014.

Érica Nestor Souza

- SILVA, M.G.; BOEMER, M.R. La vivencia de envejecer en la perspectiva fenomenológica. **Rev. Lat-Am. Enferm.**, v.17, n.3, p.380-9, 2009.
- SILVA, P.B.; ALMEIDA, E.P.M. O estresse vivenciado pela criança/família com câncer e as relações com a equipe de enfermagem. **Rev. Bras. Ciênc. Saúde**, v.1, n.1, p.53-61, 2003.
- SIMONETTI, J.P.; FERREIRA, J.C. Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.42, n.1, p.19-25, 2008.
- SNYDER, C.R. et al. The will and the ways: development and validation of an individual differences to measure hope. **J. Personality and Social Psychology**, v.60, n.4, p.570-585, 1991.
- SOMMERHALDER, C.; NERI, A.L. **Avaliação subjetiva da tarefa de cuidar: ônus e benefícios percebidos por cuidadoras familiares de idosos de alta dependência**. In: Neri AL, organizadora. Cuidados ao cuidador: questões psicossociais. Campinas: Átomos Alinea; 200. p.91-132.
- STORTI, L.B. **Reação entre sobrecarga do cuidador familiar e alterações comportamentais e funcionais do idoso com doença de Alzheimer**. 192p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.
- TOMOMITSU, M.R.S.V; PERRACINI, M.R; NERI, A.N. Fatores associados à satisfação com a vida em idosos cuidadores de não cuidadores. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.19, n.8, p.3429-3440, 2014.
- TRELHA, C.S. et al. Caracterização de idosos restritos ao domicílio e seus cuidadores. **Revista Espaço para a Saúde**, v.8, n.1, p.20-7, 2006.
- TRENTINI, M.C. et al. A percepção de qualidade de vida do idoso avaliada por si próprio e pelo cuidador. **Estudos de Psicologia**, v.11, n.2, p.191-197, 2006.

Érica Nestor Souza

TRENTINO, A.C.; DAMASCENO, É.P.; VIEIRA, L.M.L. Avaliação do nível de estresse e da qualidade de vida dos cuidadores de pacientes idosos internados em hospital de retaguarda. **Omnia Saúde**, v.6, n.1, p.14-26, 2009.

VALLE, E.A. et al. Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental entre idosos: Projeto Bambuí. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.4, p.918-926, 2009.

VERAS, R. Envelhecimento, demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.3, p.548-54, 2009.

VÉRAS, R.M.; VIEIRA, J.M.F.; MORAIS, F.R.R. A maternidade prematura: o suporte emocional através da fé e religiosidade. **Psicol. Estud.** v.15, n.2, p.325-32, 2010.

VIDIGAL, F.C. et al. Satisfação em cuidar de idosos com alzheimer: percepções dos cuidadores familiares. **Cogitare Enferm.**, v.19, n.4, p.768-75, 2014.

VILA, V.S.C.; ROSSI, L.A. A qualidade de vida na perspectiva de clientes revascularizados em reabilitação: estudo etnográfico. **Rev. Lat-Am. Enferm.**, v.16, n.1, p.1-8, 2008.

WAKIUCHI et al. Esperança de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Acta Paul. Enferm.**, v.28, n.3, p.202-8, 2015.

YAMASHITA, C.H. et al. Perfil sociodemográfico de cuidadores familiares de pacientes dependentes atendidos por uma unidade de saúde da família no município de São Paulo. **O Mundo da Saúde**, v.34, n.1, p.20-24, 2010.

ZHANG, J. et al. Relationships among hope, coping style and social support for breast cancer patients. **Chin. Med. J. (Engl)**, v.123, n.17, p.2331-2335, 2010.

ZIMERMAN, G. **Velhice**. Aspectos biopsicossociais. Brasil: Artemed, 2005.

9. APÊNDICES

APÊNDICE 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar de forma totalmente voluntária da pesquisa variáveis associadas à cognição de idosos cuidadores, cujo pesquisador responsável é a Profa. Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini, do Departamento de Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos.

Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder perguntas desses instrumentos, é muito importante que o (a) senhor (a) compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que o(a) senhor(a) decida participar. O(a) Senhor (a) tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

1. O objetivo desta pesquisa é analisar as variáveis associadas à cognição de idosos cuidadores cadastrados nas Unidades de Saúde da Família de São Carlos.
2. O(a) Senhor (a) foi selecionado por ser usuário de uma Unidade de Saúde da Família do município, ter mais de 60 anos e morar com uma pessoa idosa. Sua participação nesta pesquisa consistirá de responder algumas perguntas com relação a sua idade, escolaridade, quem cuida, quais as atividades que realiza, qual a sua percepção sobre sua saúde, se toma medicamentos, seu estado de humor, sua cognição (memória), sobrecarga, qualidade de vida, atitude em relação à velhice, espiritualidade, esperança e otimismo, fragilidade e vulnerabilidade física, dor e relações familiares. Além disso, deverá apertar um aparelho manual para medirmos a sua força e andar alguns metros para avaliarmos sua marcha.
3. Ao responder as perguntas os participantes poderão sentir cansaço ou desconforto pelo tempo gasto com os instrumentos de avaliação ou relembrar algumas sensações diante das perguntas. Se isto ocorrer, o(a) Senhor (a) poderá interromper a entrevista e retirar o seu consentimento ou retomar em outro momento se assim o desejar. A qualquer momento o(a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.
4. Os benefícios para os integrantes da pesquisa são indiretos pois ajudarão a entender a situação do cuidado ao idoso pelo familiar cuidador que também é idoso. Também poderemos identificar alguns sintomas como alteração de memória ou sinais de depressão que, caso

isso ocorra, o(a) senhor(a) será imediatamente encaminhado a equipe da Unidade de Saúde da Família para avaliação mais aprofundada de sua saúde.

5. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.
6. Não haverá qualquer despesa decorrente da participação do(a) senhor(a) na pesquisa.
7. Diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, o(a) senhor(a) será encaminhado e atendido pelo serviço de saúde do município.
8. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Sofia Cristina Iost Pavarini

Rua Paraguai, 642, Nova Estancia- São Carlos- SP

16- 33066661

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Local e data

Sujeito da pesquisa

APÊNDICE 2: CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DO IDOSO CUIDADOR

<p>Sexo: (1) Masculino (2) Feminino</p>
<p>Data de Nascimento: ____/____/____ (____ anos)</p>
<p>Estado Civil: (1) Casado (a) ou vive com companheiro(a) (2) Solteiro (a) (3) Divorciado/ separado/ desquitado (4) Viúvo (99) NR</p>
<p>Escolaridade: Número de anos de estudo: _____ anos (1) Nunca foi à escola (nunca chegou a concluir a 1ª série primária ou o curso de alfabetização de adultos) (2) Curso de alfabetização de adultos (3) Primário (atual nível fundamental, 1ª a 4ª série) (4) Ginásio (atual nível fundamental, 5ª a 8ª série) (5) Científico, clássico (atuais curso colegial ou normal, curso de magistério, curso técnico) (6) Curso superior (7) Pós-graduação, com obtenção do título de Mestre ou Doutor (99) NR</p>
<p>Religião: (1) Católico (6) Protestante (2) Evangélico (7) Budista (3) Congregação Cristã (8) Umbanda (4) Adventista (9) Não possui (5) Espírita (99) NR</p> <p>Praticante: (1) Sim (0) Não (99) NR</p> <p>Se praticante: Quantos anos: (1) Menos de 1 ano (2) 1 a 4 anos (3) 5 a 9 anos (4) Mais de 10 anos (99) Não respondeu</p> <p>Após ter de fornecer o cuidado ao idoso, a frequência: (1) aumentou (2) diminuiu (3) sem alteração (99) Não respondeu</p>
<p>Renda do cuidador (em reais): _____ (99) NR</p> <p>Renda familiar mensal (em reais): _____ (99) NR (99) NR</p>

Com quem mora?	Sim	Não	NR
Marido/ mulher/ companheiro	(1)	(0)	(99)
Filhos/ enteados	(1)	(0)	(99)
Netos	(1)	(0)	(99)
Bisnetos	(1)	(0)	(99)
Outros parentes	(1)	(0)	(99)
Outros (amigos, empregado)	(1)	(0)	(99)

APÊNDICE 3: CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADO

<p>O Sr(a) está cuidando do seu(a): (1) Cônjuge (2) Pai/mãe (3) Sogro/sogra (4) Irmão/irmã (5) Outro (especificar): _____</p>
<p>Há quanto tempo (meses) o Sr(a) é o cuidador do idoso(a)? _____</p> <p>Quantas horas por dia o Sr(a) se dedica ao cuidado do idoso(a)? _____ horas</p> <p>Quantos dias na semana o Sr(a) se dedica ao cuidado do idoso(a)? _____ dias</p> <p>Quantos dias no final de semana o Sr(a) se dedica ao cuidado do idoso(a)? _____ dias</p> <p>Qual o gasto mensal (em reais) relacionado ao cuidado do idoso(a)?</p> <p>O Sr(a) participou de algum curso/treinamento para cuidar do idoso(a)? (1) Sim (0) Não</p>

<p>O Sr(a) recebe ajuda:</p> <p>Material/ financeira (1) Sim (0) Não (99) NR Afetiva/emocional (1) Sim (0) Não (99) NR</p>
<p>O Sr(a) recebe ajuda de entidades para o cuidado do idoso(a)?</p> <p>Grupos religiosos/ Igreja/ Voluntariado (1) Sim (0) Não (99) NR Instituições de saúde (1) Sim (0) Não (99) NR Serviço de assistência social (1) Sim (0) Não (99) NR</p>

APÊNDICE 4: AVALIAÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO CUIDADOR

	NÃO	SIM		NS/NR
		NÃO Interfere na vida diária	Interfere na vida diária	
Artrite(reumatóide/osteoartrite/artrose)	0	1	2	99
Audição prejudicada	0	1	2	99
Câncer - Qual? _____	0	1	2	99
Problemas pulmonares (enfisema, bronquite, asma, etc.)	0	1	2	99
Diabetes Mellitus	0	1	2	99
Depressão	0	1	2	99
Acidente Vascular Cerebral	0	1	2	99
Doença cardíaca	0	1	2	99
Doença Neurológica (Parkinson/Esclerose)	0	1	2	99
Hipertensão arterial	0	1	2	99
Incontinência urinária e/ou fecal	0	1	2	99
Problemas de coluna	0	1	2	99
Visão prejudicada (catarata/glaucoma)	0	1	2	99
Outras – Qual? _____	0	1	2	99

10. ANEXOS

ANEXO 1: ESCALA DE INDEPENDENCIA EM ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA – KATZ

Resultado: _____/06 pontos		
	(1)	Muito dependente (2 ou menos pontos)
	(2)	Dependência moderada (4 pontos)
	(3)	Independente (6 pontos)

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral
Banhar-se Pontos: ____	(1 ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho
Vestir-se Pontos: ____	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido
Ir ao banheiro Pontos: ____	(1 ponto) Dirigi-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre
Transferência Pontos: ____	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira
Continência Pontos: ____	(1 ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar)	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga
Alimentação Pontos: ____	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral

ANEXO 2: ESCALA DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA DE LAWTON

Resultado: _____/21		
	(1)	Dependência total (7 ou menos pontos)
	(2)	Dependência parcial (entre 7 e 21 pontos)
	(3)	Independência (21 pontos)

<p>Em relação ao uso do telefone</p> <p>3 Recebe e faz ligações sem assistência 2 Necessita de assistência para realizar ligações telefônicas 1 Não tem o hábito ou é incapaz de usar o telefone</p>
<p>Em relação às viagens</p> <p>3 Realiza viagens sozinho 2 Somente viaja quando tem companhia 1 Não tem o hábito ou é incapaz de viajar</p>
<p>Em relação à realização de compras</p> <p>3 Realiza compras, quando é fornecido o transporte 2 Somente faz compra quando tem companhia 1 Não tem hábito ou é incapaz de realizar compras</p>
<p>Em relação ao preparo de refeições</p> <p>3 Planeja e cozinha as refeições completas 2 Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda 1 Não tem o hábito ou é incapaz de preparar refeições</p>
<p>Em relação ao trabalho doméstico</p> <p>3 Realiza tarefas pesadas 2 Realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas 1 Não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalho doméstico</p>
<p>Em relação ao uso de medicamentos</p> <p>3 Faz uso de medicamento sem assistência 2 Necessita de lembretes ou de assistência 1 É incapaz de controlar sozinho o uso de medicamentos</p>
<p>Em relação ao manejo do dinheiro</p> <p>3 Preenche cheque e a as contas sem auxílio 2 Necessita de assistência para o uso de cheque e contas 1 Não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro e contas</p>

ANEXO 3: ESCALA DE ESPERANÇA DE HERTH (EEH)

Várias afirmações estão abaixo enumeradas. Leia cada afirmação e coloque um [X] na coluna que descreve o quanto você concorda com esta afirmação neste momento.

	<i>Discordo completamente</i>	<i>Discordo</i>	<i>Concordo</i>	<i>Concordo completamente</i>
1. Eu estou otimista quanto à vida.				
2. Eu tenho planos a curto e longo prazo.				
3. Eu me sinto muito sozinho (a).				
4. Eu consigo ver possibilidades em meio às dificuldades.				
5. Eu tenho uma fé que me conforta.				
6. Eu tenho medo do meu futuro.				
7. Eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos.				
8. Eu me sinto muito forte.				
9. Eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor.				
10. Eu sei onde eu quero ir.				
11. Eu acredito no valor de cada dia.				
12. Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade.				

ANEXO 4: ESCALA DE ESPIRITUALIDADE DE PINTO E PAIS-RIBEIRO (EPP-R)

As frases / expressões seguintes referem-se à sua espiritualidade / suas crenças pessoais, e ao modo como elas afetam a sua qualidade de vida. Por favor, marque com uma X aquela opção que melhor expressar a sua opção, na última semana. Não existe resposta certa ou errada.

QUESTÕES	<i>Não Concordo</i>	<i>Concordo um Pouco</i>	<i>Concordo Bastante</i>	<i>Plenamente de Acordo</i>
As minhas crenças espirituais/ religiosas dão sentido à minha vida;				
A minha fé e crenças me dão forças nos momentos difíceis;				
Vejo o futuro com esperança;				
Sinto que minha vida mudou para melhor				
Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida				

ANEXO 5: INVENTÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

A seguir, estão descritas maneiras como as pessoas lidam com problemas ou emoções negativas. Por favor, indique em que extensão você usa cada uma das estratégias descritas abaixo diante dos problemas ou emoções negativas. Se existir alguma estratégia que você não usa, indique a resposta "nunca".

Itens	Nunca	Raramente	Quase sempre	Sempre	NR
Aceitou a situação ou achou que ela aconteceu porque tinha que acontecer.	1	2	3	4	99
Achou que a situação aconteceu por culpa dos outros.	1	2	3	4	99
Queixou-se ou desabafou com alguém.	1	2	3	4	99
Chegou à conclusão que não havia nada a ser feito.	1	2	3	4	99
Esperou ter mais informações antes de agir ou tomar uma decisão.	1	2	3	4	99
Procurou distrair-se, por exemplo dedicando-se a passatempos, lendo ou assistindo televisão.	1	2	3	4	99
Demonstrou hostilidade.	1	2	3	4	99
Rezou e pediu orientação a algum ente superior.	1	2	3	4	99
Isolou-se.	1	2	3	4	99
Confiou em outras pessoas que, a seu ver, tinham capacidade para resolver o problema.	1	2	3	4	99
Guardou seus sentimentos para si mesmo.	1	2	3	4	99
Chegou à conclusão de que as coisas poderiam ter sido piores.	1	2	3	4	99
Bebeu e comeu em excesso para se compensar ou para esquecer do que estava acontecendo.	1	2	3	4	99
Fortaleceu seus laços afetivos com outras pessoas.	1	2	3	4	99
Confiou em Deus ou em algum ser ou força superior	1	2	3	4	99
Procurou relaxar ou tirar uma folga, quando a situação lhe pareceu pesada demais.	1	2	3	4	99
Tentou esquecer que o problema existia.	1	2	3	4	99
Usou remédios para controlar a ansiedade ou a depressão.	1	2	3	4	99
Gritou e xingou.	1	2	3	4	99

ANEXO 6: ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GDS)

Resultado: _____/15	
(1)	Depressão severa (11 a 15)
(2)	Depressão leve (6 a 10)
(3)	Normal (0 a 5)

QUESTÕES		Pontos	
		Sim	Não
1	Você está satisfeito com sua vida?	0	1
2	Você deixou muitos dos seus interesses e atividades?	1	0
3	Você sente que sua vida está vazia?	1	0
4	Você se aborrece com frequência?	1	0
5	Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	0	1
6	Você tem medo de que algum mal vá lhe acontecer?	1	0
7	Você se sente feliz a maior parte do tempo?	0	1
8	Você sente que sua situação não tem saída?	1	0
9	Você prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas?	1	0
10	Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	1	0
11	Você acha maravilhoso estar vivo?	0	1
12	Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	1	0
13	Você se sente cheio de energia?	0	1
14	Você acha que sua situação é sem esperanças?	1	0
15	Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	1	0

ANEXO 7: ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO (PSS)

As questões nesta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada caso, será pedido para você indicar o quão frequentemente você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam similares, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável.

Neste último mês, com que frequência...

		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
Pontuação		0	1	2	3	4
1	Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?					
2	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?					
3	Você tem se sentido nervoso e “estressado”?					
4	Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?					
5	Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?					
6	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?					
7	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?					
8	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?					
9	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?					
10	Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?					
11	Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?					
12	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?					
13	Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?					
14	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?					

ANEXO 8: MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

NOME DO IDOSO:

NOME DO CUIDADOR:

NOME DO ENTREVISTADOR:

Data: / /

Somatória dos pontos/ nota de corte segundo a escolaridade:

Pontuação:

Obs: Se vier referenciado pela USF verifique a data da aplicação deste instrumento (MEEM). Se existir um intervalo superior a 6 meses desde a última aplicação, aplique agora este instrumento. Se o intervalo for igual ou menor que 6 meses, não é preciso aplicar o teste. Neste caso, inclua no quadro de pontuação a nota anterior.

Nota de corte:

Analfabetos (se souber escrever o nome, mas não frequentou a escola)...	18 pontos
1 a 3 anos de escolaridade	21 pontos ou mais
4 a 7 anos de escolaridade	24 pontos ou mais
8 anos ou mais	26 pontos ou mais
Pontuação máxima.....	30 pontos

Caso a pontuação seja menor que as notas de corte considerando a escolaridade dos indivíduos, é indicativo de que ele apresenta perdas cognitivas.

- **Mesmo que o idoso seja analfabeto, aplique todas as questões.**

Agora, farei algumas perguntas e gostaria que você prestasse atenção em cada uma delas, dando sua melhor resposta.

1. **Que dia da semana é hoje?**.....
 - Se omitir siga continuamente até concluir as questões.
2. **Que dia do mês é hoje?**.....
3. **Em que mês nós estamos?**
4. **Em que ano nós estamos?**
5. **Sem olhar no relógio, diga a hora aproximada**
 - Considere a variação de mais ou menos uma hora.
6. **Em que local específico nós estamos?**
 - Pergunte apontando para o chão que local é este. Ex: consultório, dormitório, sala, quarto.
7. **Que local é este aqui?**
 - Apontando ao redor em um sentido mais amplo, pergunte onde o local específico se insere. Ex: hospital, casa de repouso, própria casa.
8. **Qual é o endereço onde estamos?**
 - Considere correto o nome do bairro ou o nome de uma rua próxima.
9. **Em que cidade nós estamos?**
10. **Em que estado nós estamos?**
11. **Eu vou dizer três palavras e QUERO QUE VOCÊ REPITA em seguida.**

Vaso

Carro

Tijolo

- Fale os três objetos claramente e devagar, dando cerca de 1 segundo de intervalo entre uma palavra e outra;
- Peça ao idoso para repetí-las;
- Dê 1 ponto para cada palavra repetida corretamente na **1º vez**. A pontuação é baseada somente na primeira repetição;
- Se houver erro, deve repetir as palavras até 5 vezes para o aprendizado e realização do item 13. Registre o número de tentativas:

12. Quanto é 100 menos 7 ?

- Depois da resposta, pergunte novamente: **“e 93 menos 7?”**
- E assim sucessivamente até completar as 5 subtrações.
- Se errar, aguarde um momento sem dizer nada, esperando correção espontânea. Se não acontecer, sem dizer que errou, continue a subtração a partir do **resultado correto**. Continue os cálculos até o fim, pois a interferência deve ser sempre igual.
- Faça as cinco subtrações, independente das respostas.

- | | | | |
|----------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| a. 100 – 7(93) | <input type="checkbox"/> | d. 79 – 7(72) | <input type="checkbox"/> |
| b. 93 – 7(86) | <input type="checkbox"/> | e. 72 – 7(65) | <input type="checkbox"/> |
| c. 86 – 7(79) | <input type="checkbox"/> | | |

13. Quais foram as palavras que eu pedi para o(a) Sr(a) repetir agora pouco?

- Peça ao idoso para repetir as três palavras ditas no item 11;
- Anote as palavras lembradas, independente da sequência em que foram ditas.

_____ _____ _____

14. O que é isto?

- Pergunte mostrando o *relógio*.
- Faça o mesmo com a *caneta*.

Relógio
 Caneta

15. Eu vou dizer uma frase e DEPOIS QUE EU TERMINAR, quero que o(a) Sr(a) repita:

- Apenas 1 tentativa.

“NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”.

16. Eu darei 3 ordens e você só as realizará DEPOIS QUE EU TERMINAR DE FALAR:

- Arranque a folha em branco que está no final deste caderno, dê os três comandos e depois dê o papel para o idoso, segurando com as duas mãos.

Pegue o papel com sua mão direita
Dobre-o ao meio
Ponha-o no chão

17. LEIA e FAÇA o que está escrito

- Mostre a frase “Feche os olhos”, que está escrita em letras grandes no fim deste caderno.
- Se em um primeiro momento ele apenas ler, peça novamente para fazer o que está escrito;
- Caso leia sem fazer o que está escrito considere incorreto.

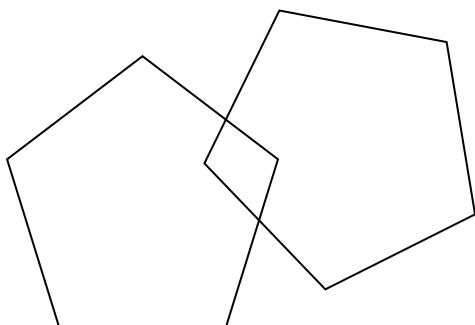
“FECHE OS OLHOS”

18. Escreva uma frase:

- Peça para escrever uma frase com começo, meio e fim;
- Considere correto se a frase tiver sentido;
- Erros de gramática e ortografia são desconsiderados.

19. Copie este desenho:

- É considerado correto se ambas as figuras tiverem cinco lados e a intersecção entre elas;
- Pedir para copiar no espaço em branco da página ao lado;
- Some os pontos e registre no local indicado com a respectiva nota de corte segundo o grau de escolaridade.



ANEXO 9: ESCALA DE SOBRECARGA DE ZARIT

Resultado: _____/88	
(1)	Pequena sobrecarga (0 a 20)
(2)	Moderada sobrecarga (21 a 40)
(3)	De moderada a severa sobrecarga (41 a 60)
(4)	Sobrecarga severa (61 a 88)

Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre	Resultado
0	1	2	3	4	
O Sr/Sra. Sente que o S* pede mais ajuda do que ele /ela) necessita?					
O Sr/Sra sente que por causa do tempo o Sr/Sra, gasta com S*, o Sr/Sra não tem tempo suficiente para si mesmo?					
O Sr/Sra se sente estressado (a) entre cuidar de S* e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?					
O Sr/Sra se sente envergonhado com o comportamento de S*?					
O Sr/Sra se sente irritado (a) com quando S* está por perto?					
O Sr/Sra sente que S* afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?					
O Sr/Sra sente receio pelo futuro?					
O Sr/Sra sente que S* depende do Sr/Sra?					
O Sr/Sra se sente tenso (a) quando S* esta por perto?					
O Sr/Sra sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com S*?					
O Sr/Sra sente que o Sr/Sra não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S*?					
O Sr/Sra. Sente que o Sr/Sra que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr/Sra está cuidando de S*?					
O Sr/Sra não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa de S*?					
O Sr/Sra sente que S* espera que o Sr/Sra cuide dele/dela como se o Sr/Sra fosse a única pessoa de quem ele/ela pode depender?					
O Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S*, somando-se as suas outras despesas?					
O Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar de S* por muito mais tempo?					
O Sr/Sra sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S*?					
O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S*?					
O Sr/Sra sente que tem dúvida sobre o que fazer por S*?					
O Sr/Sra se sente que deveria estar fazendo mais por S*?					
O Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor de S*?					
De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra se sente sobrecarregado (a) por cuidar de S**?					
TOTAL					
* No contexto S refere-se a quem é cuidado pelo entrevistado. Durante a entrevista, o entrevistador usa o nome desta pessoa.					
** Neste item as respostas são: nem um pouco=0, um pouco=1, moderadamente=2, muito=3, extremamente=4.					

ANEXO 10: AVALIAÇÃO DA FRAGILIDADE

Peso (em Kg): _____ Altura (em m): _____ IMC (Kg/m²): _____ Circunferência da cintura (em cm): _____
 _____ Circunferência do quadril (em cm): _____ Circunferência abdominal (em cm): _____
 _____ Pressão arterial (em mmHg): _____ X _____

PERDA DE PESO											
<p>Nos últimos doze meses o(a) senhor(a) acha que perdeu peso sem fazer nenhuma dieta?</p> <p>() Não () Sim. Quantos quilos?.....</p> <p>Avaliação do resultado: Perda de 4,5kg ou 5% do peso corporal.</p>	<p>Preenche o critério?</p> <p>() Sim = 1</p> <p>() Não = 0</p>										
FADIGA											
<p>a) Com que frequência na ultima semana sentiu que tudo que fez exigiu um grande esforço?</p> <p>(0) Nunca/Raramente (- 1 dia) (1) Poucas vezes (1 a 2 dias) (2) Na maioria das vezes (3 a 4 dias) (3) Sempre (5 a 7 dias)</p> <p>b) Com que frequência, na ultima semana, sentiu que não conseguiria levar adiante suas coisas?</p> <p>(0) Nunca/Raramente (-1 dia) (1) Poucas vezes (1 a 2 dias) (2) Na maioria das vezes (3 a 4 dias) (3) Sempre (5 a 7 dias)</p> <p>Atende o critério quem assinalar alternativa 2 ou 3 em qualquer uma das respostas</p>	<p>Preenche o critério?</p> <p>() Sim = 1</p> <p>() Não = 0</p>										
BAIXA FORÇA DE PREENSÃO PALMAR											
<p>1ª medida de força de preensão:.....Kgf. 2ª medida de força de preensão:.....Kgf. 3ª medida de força de preensão:.....Kgf.</p> <p>Média: $1^a+2^a+3^a/3=$.....Kgf.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; padding: 2px;">HOMEM</th> <th style="width: 50%; padding: 2px;">MULHER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 2px;">IMC ≤ 24 Força de preensão ≤ 29</td> <td style="padding: 2px;">IMC ≤ 23 Força de preensão ≤ 17</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">IMC 24.1 – 26 Força de preensão ≤ 30</td> <td style="padding: 2px;">IMC 23.1- 26 Força de preensão ≤ 17.3</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">IMC 26.1 – 28 Força de preensão ≤ 30</td> <td style="padding: 2px;">IMC 26.1 - 29 Força de preensão ≤ 18</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">IMC > 28 Força de preensão ≤ 32</td> <td style="padding: 2px;">IMC > 29 Força de preensão ≤ 21</td> </tr> </tbody> </table>	HOMEM	MULHER	IMC ≤ 24 Força de preensão ≤ 29	IMC ≤ 23 Força de preensão ≤ 17	IMC 24.1 – 26 Força de preensão ≤ 30	IMC 23.1- 26 Força de preensão ≤ 17.3	IMC 26.1 – 28 Força de preensão ≤ 30	IMC 26.1 - 29 Força de preensão ≤ 18	IMC > 28 Força de preensão ≤ 32	IMC > 29 Força de preensão ≤ 21	<p>Preenche o critério?</p> <p>() Sim = 1</p> <p>() Não = 0</p>
HOMEM	MULHER										
IMC ≤ 24 Força de preensão ≤ 29	IMC ≤ 23 Força de preensão ≤ 17										
IMC 24.1 – 26 Força de preensão ≤ 30	IMC 23.1- 26 Força de preensão ≤ 17.3										
IMC 26.1 – 28 Força de preensão ≤ 30	IMC 26.1 - 29 Força de preensão ≤ 18										
IMC > 28 Força de preensão ≤ 32	IMC > 29 Força de preensão ≤ 21										

DIMINUIÇÃO NA VELOCIDADE DA MARCHA

Três medidas consecutivas do tempo para caminhar 4,6m no plano.

1ª medida de velocidade da marcha:.....centésimos de segundo.

2ª medida de velocidade da marcha:..... centésimos de segundo.

3ª medida de velocidade da marcha:..... centésimos de segundo.

Média: $1^a + 2^a + 3^a / 3 =$ centésimos de segundo.

Preenche o critério?

() Sim = 1

() Não = 0

HOMEM	MULHER
Altura \leq 173 cm Tempo \geq 7 segundos	Altura \leq 159 cm Tempo \geq 7 segundos
Altura $>$ 173 cm Tempo \geq 6 segundos	Altura $>$ 159 cm Tempo \geq 6 segundos

BAIXA PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS

O(a) senhor(a) acha que faz menos atividades físicas do que há doze meses atrás?

() Não () Sim

Preenche o critério?

() Sim = 1

() Não = 0

TOTAL: _____/5

(0) Frágil (3, 4 ou 5)

(1) Pré frágil (1 ou 2)

(2) Não frágil (0)

ANEXO 11: AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO CARLOS



Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial
Rua 9 de Julho, 754 – São Carlos-SP
CEP: 13560-042 – Fone (16) 3371 1716

PARECER Nº 68/2013

Trata-se de solicitação de autorização para o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado: “**Variáveis associadas à cognição de idosos cuidadores**”, a ser desenvolvido pela Profª Drª Sofia Cristina Iost Pavarini, tendo como objetivo geral analisar as variáveis associadas à cognição de idosos cuidadores cadastrados nas Unidades de Saúde da Família de um município do interior paulista.

Considerando que a metodologia proposta apresenta mínimo risco aos participantes, como por exemplo, a preocupação quanto ao sigilo das informações e que a pesquisadora tomará as devidas condutas para minimizá-lo, no sentido de ocultar e não divulgar os nomes dos sujeitos da pesquisa; e que os resultados certamente contribuirão para o fortalecimento das ações que objetivam a construção da Rede Saúde-Escola em nosso município, este Departamento nada tem a opor e faz as seguintes considerações:

- Considerando que o Projeto apresentado aponta que a coleta dos dados será realizada nas Unidades de Saúde da Família do município, caso haja necessidade de utilização do espaço da Unidade afeta ao DGCA da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos para o desenvolvimento de alguma das etapas do trabalho, as atividades deverão ser pactuadas de forma a não causar prejuízos ao cotidiano da equipe;
- A pesquisadora deverá se apresentar à Equipe portando cópia deste parecer;
- O trabalho de campo deste Projeto somente poderá ser iniciado após Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa e com a assinatura do Termo Livre e Esclarecido pelos participantes e,
- Após a conclusão do projeto deverão ser enviados os resultados para que possamos socializar com os demais profissionais do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial.

São Carlos, 20 de Setembro de 2013.

Michelle Miorim Libero
Diretora do Depto de Gestão do Cuidado Ambulatorial

Michelli M. Libero
Diretora do Depto. de
Gestão do Cuidado
Ambulatorial / S.M.S.

ANEXO 12: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Variáveis associadas à cognição de idosos cuidadores

Pesquisador: Sofia Cristina Iost Pavarini

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 22956313.6.0000.5504

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 416.467

Data da Relatoria: 15/10/2013

Apresentação do Projeto:

O cuidado ao idoso no contexto brasileiro é culturalmente realizado no âmbito familiar e prioritariamente por cuidadores familiares e informais. A literatura mostra que as mulheres são as principais cuidadoras de idosos e em geral é a esposa ou a filha. As mulheres cuidadoras trabalham por mais horas e realizam mais tarefas de cuidado quando comparadas com os homens cuidadores. As esposas apresentam mais sintomas depressivos

e pior saúde física. Ao mesmo tempo, mulheres idosas estão mais expostas à fragilidade e as alterações cognitivas. Pesquisas recentes realizadas com idosos têm demonstrado que há várias dimensões biológicas, psicológicas e sociais que covariam de forma expressiva com o desempenho cognitivo. E quando esses idosos são cuidadores de outros idosos? Quais variáveis terão maiores chances de influenciar essa relação? Atualmente, com o envelhecimento populacional e a longevidade da população, o cuidado a idosos deve ser considerado um problema de saúde pública. Compreender as variáveis associadas a cognição dos idosos cuidadores poderá contribuir para a identificação de quais serão mais relevantes para um cuidado efetivo na atenção básica à saúde. Este projeto tem por objetivo analisar as variáveis associadas à cognição em idosos cuidadores cadastrados nas Unidades de Saúde da Família de um município do interior paulista. Todos os cuidados éticos serão observados. A população será composta por pessoas com 60 anos ou mais cadastradas e residentes na área urbana e rural de abrangência das USF do município e

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 416.467

que cuidam de idosos. As USF estão localizadas em diferentes áreas de vulnerabilidade social, medida por meio do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS). O estudo será realizado com o total de cuidadores que atenderem os seguintes critérios de inclusão: possuir 60 anos ou mais de idade, ser cadastrado em uma das USF do município, ser o cuidador primário de um idoso que reside na mesma casa, ser capaz de compreender as questões da entrevista e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas serão realizadas no domicílio dos idosos cuidadores, em dias e horários previamente agendados. Serão utilizados os seguintes instrumentos: Caracterização do Cuidador, Avaliação cognitiva e processamento cognitivo, Escala de Depressão Geriátrica, Avaliação da Fragilidade, Escala de Sobrecarga do cuidador, Qualidade de vida, Resiliência, Atitude em relação a velhice e Escala de Otimismo, Espiritualidade e Esperança. Os dados serão digitados em duas planilhas empregando-se o aplicativo MS Excel XP com duplo cego e importados para o aplicativo SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 15.0. A escolha dos testes paramétricos ou não paramétricos será feita após análise previa de distribuições. O teste de Kolmogorov-Smirnov será utilizado para verificar a existência de normalidade dos dados. Poderão ser utilizados os testes qui-quadrado de Pearson para comparar frequências diversas, Teste de Kruskal-Wallis para comparação das médias dos valores entre grupos, coeficiente de correlação de Spearman e teste de ANOVA para comparar as médias dos escores dos grupos. O nível de significância para os testes estatísticos será p-valor 0,05. Para análise de associação entre as variáveis será utilizada a análise de regressão logística, bruta e ajustada por meio do OddsRatio (razão de chances). Será considerada a variável dependente a cognição e o desfecho será apresentar alterações cognitivas através do MEEM. O método para a análise ajustada será o modelo hierarquizado e o método Stepwise. Os resultados poderão trazer contribuições para a implantação de uma política de atenção ao cuidador idoso no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as variáveis associadas à cognição de idosos cuidadores cadastrados nas Unidades de Saúde da Família de um município do interior paulista.

Objetivo Secundário:

Caracterizar os cuidadores idosos segundo as variáveis sociodemográficas e de saúde. Identificar o desempenho dos cuidadores idosos nos testes cognitivos. Analisar o fenótipo de fragilidade e de vulnerabilidade física dos idosos cuidadores. Identificar a sobrecarga dos idosos cuidadores.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 416.467

Analisar a qualidade de vida, atitudes em relação à velhice, resiliência, otimismo, espiritualidade, esperança e ônus positivo e negativo do cuidado. Identificar diferenças entre os grupos considerando as diferentes vulnerabilidades dos cuidadores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante para a área em questão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Vide conclusões.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto considerado aprovado. De acordo com a Resolução 466/12.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO CARLOS, 08 de Outubro de 2013

Assinador por:
Roquelaine Batista dos Santos
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.555-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br