

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nathalia Alves de Oliveira

**Idosos cuidadores de idosos em arranjos familiares com e sem a
presença de crianças: Sobrecarga, otimismo e estratégias de
enfrentamento**

São Carlos
2016

Nathalia Alves de Oliveira

Idosos cuidadores de idosos em arranjos familiares com e sem a presença de crianças: Sobrecarga, otimismo e estratégias de enfrentamento

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem- Mestrado do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Realizada com apoio financeiro da CAPES e FAPESP (bolsa mestrado).

Orientação: Profa. Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini

Coorientação: Profa. Dra. Keika Inouye

São Carlos
2016

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

O48i Oliveira, Nathalia Alves de
Idosos cuidadores de idosos em arranjos familiares com e sem a presença de crianças : Sobrecarga, otimismo e estratégias de enfrentamento / Nathalia Alves de Oliveira. -- São Carlos : UFSCar, 2016.
170 p.

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

1. Idoso. 2. Criança. 3. Cuidadores. 4. Gerontologia. I. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

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



Profa. Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini
UFSCar



Profa. Dra. Giselle Dupas
UFSCar



Profa. Dra. Sueli Marques
USP

Agradecimentos

Agradeço,

Primeiramente a Deus, por estar presente em todos os momentos da minha vida, me dar força, sabedoria, coragem e renovar minhas forças durante a realização deste trabalho.

Aos meus pais, José Carlos e Marisa, e a minha irmã Thalita, que com, alegria, amor e respeito me proporcionaram apoio integral e incentivaram o meu desenvolvimento.

À minha orientadora Prof.^a Dr.^a Sofia Cristina Iost Pavarini, pela dedicação, confiança para desenvolver o nosso estudo, amizade, profissionalismo, responsabilidade, carinho e atenção que foram essenciais para o meu crescimento pessoal e profissional.

À minha coorientadora Prof.^a Dr.^a Keika Inouye, sempre gentil, carinhosa e disposta a me ajudar e contribuir no desenvolvimento do nosso estudo.

As professoras, Dr.^a Sueli Marques, Dr.^a Giselle Dupas, Dr.^a Bruna Luchesi, Dr.^a Liliana Souza, Dr.^a Aline Cristina Martins Gratão e Dr.^a Anita Neri, pelas excelentes contribuições no exame de qualificação, e defesa da dissertação.

Aos participantes que nos receberam em suas residências e disponibilizaram seu tempo para participar da pesquisa.

Aos membros do grupo de pesquisa Saúde e Envelhecimento, pelas contribuições durante o desenvolvimento do estudo, em especial ao grupo de coleta de dados (Érica, Bruna, Gabriela, Allan, Marielli, Estefani, Daiene e Emmanuele).

As amigas, Marjore Brito, Daniela Dalpubel, Érica Souza, Gabriela Gesualdo, Salete Zonzini e Fernanda Nogueira, pela convivência e momentos de descontração que ajudaram a tornar este processo mais leve, pelas alegrias compartilhadas, e por

sempre estarem ao meu lado, torcendo e incentivando meu crescimento pessoal e profissional.

A CAPES e Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo-FABESP, por financiar a presente pesquisa com a concessão da bolsa de estudo.

Por fim, a cada um que, de alguma forma direta ou indireta participou e contribuiu para a construção deste trabalho e que faz parte da minha vida.

Muito Obrigada!

*“ Se temos de esperar,
que seja para colher a semente boa
que lançamos hoje no solo da vida.*

*Se for para semear,
então que seja para produzir
milhões de sorrisos,
de solidariedade e amizade”.*

Cora Coralina

OLIVEIRA, N.A. **Idosos cuidadores de idosos em arranjos familiares com e sem a presença de crianças: Sobrecarga, otimismo e estratégias de enfrentamento.** 2016. 165f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016

Resumo

Alterações no perfil sociocultural e aumento do número de idosos na população têm favorecido a formação de novas composições familiares com a presença de idosos e crianças. Neste contexto, os idosos têm se destacado por assumirem o cuidado a outros idosos e às crianças. Esta nova configuração que tem o idoso como protagonista pode levá-lo a um excesso de demandas competitivas e induzir à sobrecarga, ou ao contrário, a presença da criança pode aumentar sentimentos positivos como o otimismo e auxiliar na escolha por estratégias de enfrentamento. Este estudo teve por objetivo comparar o nível de sobrecarga, otimismo e as estratégias de enfrentamento de idosos cuidadores de idosos que residem com e sem a presença de crianças. O estudo baseou-se no método quantitativo de investigação e todos os cuidados éticos foram respeitados. Foram entrevistados nos domicílios 301 idosos cuidadores cadastrados nas Unidades de Saúde da Família de um município do interior paulista. Os instrumentos utilizados foram: Escala de independência em atividades de vida diária de Katz; Escala de atividades instrumentais de vida diária de Lawton; Caracterização sociodemográfica da criança; Caracterização sociodemográfica e de cuidado do idoso receptor de cuidados, Caracterização sociodemográfica e condições de saúde do idoso cuidador, Escala de sobrecarga de Zarit, Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro e Inventário para avaliação das estratégias de enfrentamento. Para análise dos dados os idosos cuidadores foram divididos em dois grupos G_1 (residem sem crianças) e G_2 (residem com crianças). Os resultados evidenciaram que a maioria das crianças era do sexo masculino (52,6%) com média de seis anos de idade. Entre os idosos cuidadores nos dois grupos houve prevalência do sexo feminino ($G_1=74,3\%$; $G_2=81,8\%$), a mediana de idade no G_1 foi de 69,0 anos e no G_2 de 65,5 anos. Dentre os idosos receptores de cuidado a maioria era do sexo masculino ($G_1=66,9\%$ $G_2=77,3\%$) com mediana de idade no G_1 de 73,0 anos e no G_2 de 69,0 anos. Idosos cuidadores do G_2 apresentaram nível significamente maior de sobrecarga comparado ao G_1 ($p=0,01$). O nível otimismo foi elevado para ambos os grupos e não foram encontradas diferenças significativas entre eles. Na análise das estratégias de enfrentamento, os idosos cuidadores do G_1 reportaram utilizar mais estratégias focadas na expressão de emoções negativas ($p<0,01$), religiosidade ($p=0,01$) e inibição de emoções negativas ($p=0,01$), comparados ao G_2 . Os resultados revelam dados importantes à medida que contribuem para avaliação do idoso cuidador em um contexto intergeracional e podem subsidiar o planejamento de intervenções para cuidadores na atenção básica.

Palavras chave: Idoso; Criança; Cuidadores; Gerontologia,

OLIVEIRA, N.A. **Elderly caregivers of elderly in family arrangements with and without the presence of children: Burden, optimism and coping strategies.** 2016. 165f. Masters Dissertation – Federal University of São Carlos, São Carlos. 2016

ABSTRACT

Changes in socio-cultural profiles added to increasing number in the elderly population have favored the formation of new family compositions in the presence of elderly and children. In this context the elderly has become known for taking care for other elderly and children. This new configuration that has the elderly protagonist can take to an excess of competing demands and induce burden, on contrary, the child's presence can increase positive feelings such as optimism and assist in the choice of coping strategies. This study aimed to compare the level of burden, optimism and coping strategies of elderly caregivers of elderly residing with and without the presence of children. The study was based on the quantitative method of research and all ethical guidelines were followed. There were interviewed 301 caregivers elderly registered in the Family Health Units in a municipality in São Paulo state. The instruments used were: Scale independence in activities of daily living Katz; Scale of instrumental activities of daily living Lawton; Socio-demographic characterization of the child; Sociodemographic and of care of elderly receivers care, sociodemographic and health conditions of the elderly caregiver, Zarit Burden Interview, Pinto Spirituality Scale and Pais-Ribeiro and Inventory to assess coping strategies. For data analysis elderly caregivers were divided into two groups G₁ (residing without children) and G₂ (living with children). The results show that most of the children were male (52.6%) with a mean age of six. Among elderly caregivers in both groups there was prevalence of woman (G₁ = 74.3%; G₂ = 81.8%), the median age in G₁ was 69 years and 65.5 years in G₂. Among the elderly care recipients, most were male (66.9% G₁ = G₂ = 77.3%) with a median age of 73 years in G₁ and 69 years in G₂. Elderly caregivers in G₂ showed significantly higher level of burden compared to G₁ (p = 0.01). The level optimism was high for both groups and there were no significant differences between them. In the analysis of coping strategies elderly caregivers in G₁ reported using more focused strategies in the expression of negative emotions (p < 0.01), religiosity (p = 0.01) and inhibition of negative emotions (p = 0.01) compared to G₂. The results reveal important data that contribute the valuation of the elderly caregiver in an intergenerational context and can support the planning of interventions for caregivers in primary care settings.

Keywords: Age; Child; Caregivers; Gerontology

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Apresentação do grau de parentesco entre o idoso cuidador (n=44) e a criança. São Carlos, SP, Brasil, 2014.....	66
Tabela 2. Distribuição dos idosos cuidadores segundo as variáveis sociodemográficas dos de idosos cuidadores do G1 (n=257) e G2 (n=44). São Carlos, SP, Brasil, 2014.	70
Tabela 3. Distribuição dos idosos cuidadores (n=301) segundo o nível de dependência para ABVDs, para G1 (n=257) e G2 (n=44). São Carlos, SP, Brasil, 2014.....	74
Tabela 4. Distribuição dos idosos cuidadores (n=301) nas ABVDs, segundo o nível de independência/dependência dos grupos G1 (n=257) e G2 (n=44). São Carlos, SP, Brasil, 2014.	75
Tabela 5. Distribuição dos idosos cuidadores (n=301) nas ABVDs, dos grupos G1 (n=257) e G2 (n=44). São Carlos, SP, Brasil, 2014.	77
Tabela 6. Distribuição dos idosos cuidadores (n=301) segundo as AIVDs dos grupos G1 (n=257) e G2 (n=44). São Carlos, SP, Brasil, 2014.	80
Tabela 7. Distribuição das patologias apresentadas pelos idosos cuidadores (n=301), dos grupos G1 (n=257), e G2 (n=44) crianças, quanto à interferência na vida diária. São Carlos-SP, Brasil. 2014.	83
Tabela 8. Distribuição dos idosos receptores de cuidado (n=301) quanto as variáveis sociodemográfica do G1 (n=257) e G2 (n=44). São Carlos, SP, Brasil, 2014.....	87
Tabela 9. Distribuição dos idosos receptores de cuidado (n=301) por nível de dependência para ABVDs dos grupos G1 (n=257) e G2 (n=44). São Carlos, SP, Brasil, 2014.	90
Tabela 10. Distribuição dos idosos receptores de cuidado (n=301) segundo as ABVDs, dos grupos G1 (n=257) e G2 (n=44). São Carlos, SP, Brasil, 2014.....	92

Tabela 11. Frequência do nível de dependência para AIVDs dos idosos receptores de cuidado (n=301) dos grupos G1 (n=257) e G2 (n=44). São Carlos, SP, Brasil, 2014. ..	93
Tabela 12. Distribuição dos idosos receptores de cuidado (n=301) segundo as AIVDs dos grupos G1 (n=257) e G2 (n=44). São Carlos, SP, Brasil, 2014.....	95
Tabela 13. Distribuição dos idosos cuidadores segundo as variáveis de caracterização do cuidado dos idosos cuidadores (n=301) dos grupos G1 (n=257) e G2 (n=44). São Carlos, SP, Brasil, 2014.....	99
Tabela 14. Distribuição segundo as atividades de vida diária que os idosos cuidadores (n=301) dos grupos G1 (n=257) e G2 (n=44), ajudam o idoso receptor de cuidados a realizar ou tem ajuda compartilhada. São Carlos, SP, Brasil, 2014.	101
Tabela 15. Distribuição dos idosos receptores de cuidado (n=301) segundo as atividades que o realiza sozinho ou recebe a ajuda de outro cuidador, dos grupos G1 (n=257) e G2 (n=44). São Carlos, SP, Brasil 2014.....	103
Tabela 16. Nível de sobrecarga dos idosos cuidadores (n=301), dos grupos G1 crianças (n=257) e G2 (n=44). São Carlos, SP, Brasil. 2014.	104
Tabela 17. Medianas e médias apresentadas na Escala de Sobrecarga de Zarit entre os idosos cuidadores (n=301) dos grupos G1 (n=257) e G2 (n=44). São Carlos, SP, Brasil. 2014.....	105
Tabela 18. Distribuição das medianas e médias do domínio “Esperança e Otimismo” da Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais Ribeiro, entre os idosos cuidadores (n=301) dos grupos G1 (n=257) e G2 (n=44). São Carlos, SP, Brasil. 2014.....	110
Tabela 19. Medianas e médias apresentadas entre os idosos cuidadores (n=301) dos grupos G1 (n=257) e G2 (n=44), nos fatores que compõem o Inventário de Estratégias de Enfrentamento. São Carlos, SP, Brasil. 2014.	113

Tabela 20. Comparação entre a Sobrecarga, domínio Esperança e otimismo e entre os fatores do Inventário de Enfrentamento, entre o G₁ e G₂. São Carlos, SP, Brasil. 2014.

..... 116

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABVD	Atividade básica de vida diária
AIVD	Atividade instrumental de vida diária
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CID	Classificação Internacional de Doenças
DCNT	Doença crônica não transmissível
HÁ	Hipertensão Arterial
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNPI	Política Nacional da Pessoa Idosa
PSF	Programa Saúde da Família
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. Introdução.....	15
1.1 O cuidado ao idoso	19
1.2 Cuidador familiar idoso	21
1.3 A criança no contexto do idoso.....	26
1.4 Sobrecarga do cuidador de idoso	30
1.5 Estratégias de enfrentamento no cuidado	34
1.6 Otimismo	37
2. Relevância do estudo.....	43
3. Objetivos	47
3.1 Geral.....	47
3.2 Específicos	47
4. Materiais e métodos	49
4.1 Delineamento do estudo.....	49
4.2 Local do estudo	49
4.3 Critérios de inclusão	50
4.4 Critérios de exclusão.....	50
4.5 População e amostra	51
4.6 Procedimentos.....	52
4.5.1 Éticos.....	52
4.5.2 Coleta de dados	53

4.6 Instrumentos.....	55
5. Resultados e Discussão	65
5.1 Caracterização das crianças que residiam junto aos idosos	65
5.2 Caracterização sociodemográfica do idoso cuidador.....	68
5.3 Condições de saúde do idoso cuidador	73
5.4 Caracterização sociodemográfica do idoso receptor de cuidados e do contexto de cuidado ao idoso.....	86
5.5 A sobrecarga, o otimismo e as estratégias de enfrentamento dos idosos cuidadores	104
5.6 Comparação da sobrecarga, otimismo e estratégias de enfrentamento entre cuidadores idosos que residem com e sem crianças.	115
6. Referências	130
7. Apêndices	152
8. Anexos.....	162

Introdução

1. Introdução

O índice de envelhecimento da população é calculado por meio da redução de dois indicadores estatísticos: taxa de fecundidade e taxa de mortalidade (THOMPSON, 1929; BERQUÓ; BAENINGER, 2000).

Thompson, em 1929, propôs um modelo de transição demográfica fundamentado em quatro fases: a primeira foi a pré-transição demográfica, marcada por altas taxas de fecundidade e mortalidade, na segunda fase tem-se a continuidade expressiva nas taxas de fecundidade e a redução das taxas de mortalidade. A terceira fase é assinalada pelo declínio também nas taxas de fecundidade, e na quarta fase, mantém-se a baixa taxa de fecundidade, e tem-se a redução da taxa de mortalidade em todos os grupos etários, o que leva a um aumento no número de idosos na população.

Em países desenvolvidos, a transição demográfica deu-se durante um longo período de tempo, com início no século XVII, e estendeu-se até o século XXI (BRITO, 2007), o que permitiu que fossem planejadas políticas e programas para corresponder às necessidades de uma população envelhecida. Os países em desenvolvimento, como os da América Latina, que inclui o Brasil, vivenciaram um acelerado declínio destes indicadores estatísticos, e atualmente se deparam com o envelhecimento da população sem um planejamento adequado para enfrentar as demandas (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987; FREITAS, 2011).

Em detrimento desta diferença entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estipula duas idades cronológicas para o idoso, de 65 anos em países desenvolvidos e 60 anos em países em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) 1984). Outra diferença que está relacionada ao país e a região de nascimento é a esperança de vida ao

nascer, que é também indicador de mortalidade, e está vinculada às condições de vida e saúde da população.

De acordo com as projeções feitas pela Organização das Nações Unidas (ONU), no mundo a esperança de vida ao nascer é de 70 anos, para o período de 2010/2015 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005). A esperança de vida mais elevada é encontrada no Japão (83,5 anos); seguida pela Suíça (82,5 anos) e Austrália (82,4 anos). No Brasil, a esperança de vida ao nascer era, em 2000, de 69,8 anos, e passou para 74,8 anos em 2013 de acordo com a projeção divulgada pela Síntese de Indicadores Sociais. Para as mulheres, a expectativa de vida em 2013 foi de 78,5 anos, enquanto para os homens foi de 71,2 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE, 2014).

Projeções da população calculadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ao comparar a proporção da população de zero a 14 anos de idade que em 2004 era de 27,1% e de 21,6% em 2014 prevêm queda para 17,6% em 2030 e 13,0% em 2060. Ao passo que a população em idosa que em 2004 era representada por 9,7% e em 2014 por 13,7% passará em 2030 para 18,6% e 33,7% em 2060. Os dados transparecem a forte tendência do aumento de idosos na população brasileira (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE, 2013).

A transição demográfica foi à base para a mudança no perfil de morbimortalidade da população brasileira, e este processo denominou-se transição epidemiológica, em que se tem a substituição das principais causas de mortalidade de doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e prevalência de morbidades, em especial entre os idosos (FRENK, et al., 1991).

Cabe ressaltar que, no Brasil, ainda não se tem uma completa transição epidemiológica, mas sim, uma sobreposição das doenças transmissíveis e doenças

crônicas degenerativas (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987; FRENK; et al., 1991). Apesar desta sobreposição de doenças no Brasil, o acelerado processo de envelhecimento da população, leva ao aumento das doenças crônicas degenerativas que estão diretamente ligadas ao processo de fragilização de idosos (TAVARES; DIAS, 2012).

Caracterizadas por terem início gradual com prognóstico incerto, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) possuem múltiplas causas, têm duração indefinida e curso clínico que se altera ao longo do tempo. Tais doenças requerem medicação contínua, exames periódicos e podem levar ao declínio físico e cognitivo (BRASIL, 2012).

De acordo com OMS, as DCNT são na atualidade responsáveis por 60,0% da carga global de doenças e em 2020 serão responsáveis por 80,0% do ônus de doenças em países em desenvolvimento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OMS, 2005), e os idosos são os que apresentam maior carga de morbidades crônicas. No Brasil, estima-se que pelo menos 75,5% da população idosa tenha pelo menos um tipo de DCNT, com maior prevalência entre as mulheres (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE, 2009).

À medida que a sociedade envelhece, as DCNT passam a ser um desafio aos atuais modelos de cuidado, e as organizações de saúde começam a lançar medidas de promoção à saúde e combate as DCNT.

A Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), lançou em 2002 o “*Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No Transmisibles (CARMEN)*”, que tem como meta prevenir e controlar as DCNT na América (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE- OPAS, 2003). No Brasil, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das

DCNT, para o prazo de dez anos (2011-2022). (BRASIL, 2011), e inseriu o item saúde do idoso como prioritário em sua agenda e promulgou a Política Nacional da Pessoa Idosa embasada no paradigma da capacidade funcional de modo multidimensional (BRASIL, 2006).

Dado o aumento do número de idosos na população e aumento das DCNT que atingem principalmente os idosos é preciso que os serviços de saúde estejam preparados para atender à crescente demanda de cuidados de longa duração, uma vez que as DCNT podem comprometer a capacidade funcional e acarretar na dependência. Deste modo a capacidade funcional é um importante componente a ser avaliado na saúde do idoso, pois possibilita compreender o perfil de saúde dos mesmos, e pode ser utilizado pelos profissionais de saúde como uma ferramenta para promoção da saúde e prevenção de incapacidades (GRATÃO, 2010).

Gordilho e colaboradores (2000) descrevem a capacidade funcional como a aptidão de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para conservar a autonomia e independência. Aykana e Neri (2008) trazem que capacidade funcional está relacionada à preservação da capacidade para realizar as atividades básicas e instrumentais de vida diária.

Em geral, a capacidade funcional é avaliada por meio do grau de incapacidade para realizar as atividades básicas de vida diária (ABVDs), que estão relacionadas ao autocuidado e envolvem; realizar higiene pessoal, alimentar-se, tomar banho, usar o banheiro e pentear o cabelo. E a incapacidade para realizar as atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), que estão relacionadas à independência na comunidade ligadas à organização da rotina, como preparar alimentos, fazer compras, ler, escrever, realizar pagamentos, vestir-se, utilizar o telefone e realizar viagens (BRESSAN, 2005).

Desta forma, na velocidade com que ocorrem as transições demográfica e epidemiológica surgem diversas questões desafiantes na sociedade que estão

relacionadas à previdência e a assistência social, a integralização do idoso na sociedade, a família, saúde e crescente demanda por cuidadores (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRÁFIA E ESTATÍSTICA-IBGE, 2013).

1.1 O cuidado ao idoso

O cuidado é uma prática inerente à condição humana que permeia a relação entre os seres vivos durante todo o ciclo de vida, e é transmitida de geração para geração, por meio da cultura e educação (POTTER; PERRY, 2004). Boff (2004) expõe que o cuidado é uma característica singular do ser humano, que se projeta em tudo que faz, uma vez que sua essência se encontra no cuidar.

O Ministério da Saúde descreve o ato de cuidar como uma ajuda ao outro quando este necessita, bem como estimular a pessoa cuidada a exercer a autonomia, de modo que, o cuidador, deve identificar quais as reais necessidades da pessoa, e ajudá-la quando preciso, e destaca que o cuidador é uma pessoa com qualidades especiais, como solidariedade e doação (BRASIL, 2008).

A literatura tem classificado o cuidador, de acordo com vínculo existente entre o cuidador e a pessoa cuidada, os tipos de cuidados e a frequência com que o cuidado é prestado, de modo que este pode ser: remunerado, profissional, familiar, primário, secundário ou terciário (KARCH, 2003; NERI, 2006; SANTOS, 2010).

Para diferenciar cuidador formal e informal, a OMS define que, o cuidado formal é exercido mediante vínculo empregatício, e o cuidador tem função de zelar pelo bem estar, higiene pessoal, alimentação, cultura, educação e lazer do idoso. O cuidado informal é realizado por pessoa da família, ou da comunidade, sem vínculo

empregatício, que presta cuidados e apoio ao idoso com dificuldades para realizar as atividades de vida diária (OMS, 2005).

A classificação primária, secundária e terciária, provém do grau de envolvimento entre cuidador/cuidado ou horas de cuidados prestados. O cuidador primário é aquele que exerce total ou principal responsabilidade pelo idoso cuidado. Os cuidadores secundários e terciários são aqueles que prestam atividades complementares, em menor extensão e carga horária (CALDAS, 2002; NERI, 2006; 2008).

Cabe destacar que todas estas divisões possuem caráter mais didático do que prático, uma vez que no dia-a-dia, os estudos mostram que estas categorias se misturam e se complementam (KARCH, 2003; NERI, 2006; SANTOS, 2010).

Dado o aumento da necessidade de cuidadores de idosos, esta função foi instituída na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério de Trabalho e Emprego (MTE), sob o código nº 5162, como aquele que cuida e zela pelo bem estar, saúde, alimentação, educação, cultura e lazer (MINISTÉRIO DE TRABALHO E EMPREGO-MTE, 2002). O cuidador pode ser uma pessoa da família ou da comunidade que presta cuidados a uma pessoa que necessita de ajuda, com ou sem remuneração financeira (NERI, 2008).

Todavia, a profissão de “Cuidador de idoso” não está regulamentada por lei, e é considerada uma responsabilidade doméstica, de caráter informal, e sem proteção política e econômica (GRATÃO, 2010). Deste modo, a desvalorização do cuidador de idoso diminui a oferta de serviços especializados e provoca escassez nas alternativas de cuidado, o que aumenta a demanda por cuidadores informais e familiares que desenvolvem esta atividade sem preparo prévio.

Ao analisar a produção científica sobre cuidador de idoso verifica-se que, tanto em cenário nacional quanto internacional, a maioria dos cuidadores emana de rede

informal e familiar (SILVA, NERI, 2000; GONÇALVES et al., 2006; ORSO, 2008; INOUE et al., 2008; SANTOS, 2010; GRATÃO et al., 2013). Nascimento e colaboradores (2008), ao realizarem uma revisão bibliográfica de artigos indexados na base de dados LILACS, no período de 2000 a 2007 com o termo “cuidador de idoso” identificaram 67 artigos, e em 50,0% os idosos eram cuidados em contexto domiciliar.

Silva e Neri (2000) salientam que, na cultura Americana, 80,0% dos cuidadores de idosos são familiares. Na Europa mais de dois terços do cuidado para idosos provém da família (CUESTA, 2005). No Brasil, o cuidado informal é verificado em cerca de 80,0% a 90,0% dos casos, o que faz da família a principal responsável pelo cuidado do idoso, tanto em atividades básicas quanto instrumentais (NERI, 2006; 2008; GRATÃO, 2010). Camarano (2010) destaca que embora a porcentagem de idosos institucionalizados tenha aumentado em decorrência do elevado grau de dependência dos idosos, menos de 1,0% residem em instituições de longa permanência.

Frente ao cenário apresentado, pode-se considerar a família a base em que se concentra a assistência ao idoso em diferentes contextos de dependência. Assim, profissionais da saúde e pesquisadores precisam estar atentos às características do cuidador informal e familiar para que possam oferecer ao cuidador, ao idoso e a família a assistência e cuidado integral.

1.2 Cuidador familiar idoso

O ambiente familiar tem sido cada vez mais explorado e apontado como importante elemento na avaliação da saúde do idoso. Na literatura, diferentes definições são encontradas para família. Para alguns autores, família é quem o indivíduo considera como tal, e não necessariamente com quem ele reside ou com quem tenha laços consanguíneos (WRIGHT, LEAHEY, 2002; ÂNGELO; BOUSSO, 2006).

Independente das definições empregadas à família, ao analisá-las, observa-se um consenso quanto a algumas particularidades como o compromisso, criação de vínculo, dependência e a interação. Tais características estão muito próximas ao que é encontrado na literatura para descrever o cuidado.

O modelo de cuidado na família tem passado por algumas mudanças. Anteriormente, as famílias eram constituídas por grande número de integrantes, o que propiciava que o cuidado fosse realizado por muitas pessoas. Hoje, após inúmeras mudanças sociais, com especial contribuição da participação mais efetiva da mulher no mercado de trabalho e alterações nos padrões demográficos da população, a família passou a contar com um menor número de membros a cada período geracional. Uma característica que permanece impassível ao tempo e às mudanças no contexto da família é a figura feminina como principal fonte de provimento de cuidado (CAMARANO, 2004, NERI, 2006; LOPES; CALDERONI, 2007; NERI, 2008).

Na literatura, o cuidador familiar de idoso tem sido estudado sobre aspectos positivos e negativos, e o que se observa é que ainda não há um consenso sobre quais fatores podem influenciar mais fortemente e levar a níveis mais elevados de sobrecarga ou minimizá-los. Pinquart e Sörensen (2003) trazem que limitações físicas unidas ao comportamento do idoso sobrecarregam mais cuidadores cônjuges do que filhos.

Zarit, Reever e Bach-Peterson (1980) foram pioneiros em estudos sobre ônus e consequências negativas, como estresse e sobrecarga derivados do cuidado. Porém, no final da década de 80, os aspectos positivos começaram a chamar a atenção dos pesquisadores (SOMMERHALDER; NERI, 2012).

Estes estudos que analisam aspectos positivos descrevem alguns benefícios reconhecidos pelos cuidadores como aumento da capacidade para enfrentar

desafios, sentimentos de orgulho, solidariedade, realização, retribuição, redefinição no sentido da vida, melhora no relacionamento com idoso e continuidade da tradição familiar (HINRICHSEN; HERNANDEZ; POLLACK, 1992; MENDES, 1995; BEACH, 1997; DUARTE, DIOGO, 2011). Assim, algumas variáveis positivas, como esperança e otimismo, podem auxiliar na escolha de estratégias de enfrentamento mais eficazes e minimizar o ônus do cuidado.

Miller e Lawton (1997) fazem uma importante ressalva na literatura ao afirmarem que estudos contendo variáveis positivas associadas ao cuidado são importantes e proporcionam uma visão global de características que podem ajudar no cuidado diário. Mas salientam que estas não podem servir de justificativa para atribuir o cuidado ao idoso somente à família. E estes autores acrescentam que estudos que envolvem a sobrecarga associada ao cuidado, possuem relevância política, pois impulsionam o desenvolvimento de modelos de atenção ao cuidador. O artigo 230 da Constituição Federal Brasileira confere em igual responsabilidade, o cuidado e o dever de amparar os idosos, à Família, à Sociedade e ao Estado (BRASIL, 1988).

Desta forma, é importante identificar quais variáveis podem influenciar e como se dá o cuidado no contexto familiar. Estudos que investigam o cuidador familiar de idoso dependente têm apontado algumas características do cuidador, que são majoritariamente, do sexo feminino, esposa ou filha, com idade acima de 50 anos, baixa escolaridade e renda familiar, reside com três ou quatro pessoas, exerce carga horária de dez horas diárias de cuidado ou mais, e é o principal responsável pelo cuidado. Este perfil do cuidador familiar tem sido apontado tanto na literatura nacional quanto internacional (PINQUART, SÖRENSEN, 2006; ARAVENA; ALVARADO, 2010; TORIBIO-DIAZ et al., 2011; VIEIRA et al., 2011; FERNÁNDEZ-LANSAC et al., 2012; GAIOLI; GARCES et al., 2012; GRATÃO et al., 2013; ANJOS, et al., 2014).

Inouye, Pedrazzani e Pavarini (2008), ao analisarem o perfil de uma amostra de octogenários atendidos pelo Programa do Medicamento Excepcional para Doença de Alzheimer e seus cuidadores, verificaram que a maioria dos cuidadores era mulher, filha ou esposa, com média de idade de 62,3 anos e residia no mesmo domicílio que o idoso. Duarte e colaboradores (2010) relataram que cuidadores familiares estão presentes em diferentes níveis socioeconômicos e étnicos, e observaram que 41,3% são filhas, 38,4% são esposas e 20,4% são outros familiares e amigos.

Dentre as características presentes no perfil do cuidador do idoso, uma em especial tem chamado à atenção da comunidade científica. A idade apresentada pelos cuidadores indica que estes também são idosos, ou seja, são idosos que estão cuidando de outros idosos. Neri (2008) relata que este é um traço cada vez mais presente e comum com o aumento da longevidade e destaca que a situação de cuidado pode se agravar em decorrência de restrições físicas do idoso cuidador que podem dificultar o cuidado e interferir em seu bem estar físico e psicológico.

O estudo desenvolvido por Diogo, Ceolim e Cintra (2005) relata a experiência de oito cuidadoras sobre um programa de educação em saúde para idosas que cuidam de idosos no domicílio. A partir dos relatos, os pesquisadores verificaram que o programa ajudou no enfrentamento das dificuldades, na compreensão das alterações presentes no envelhecimento, e no cuidado com o idoso no dia-a-dia.

Rodrigues, Watanabe e Derntl (2006), em um estudo qualitativo exploratório que teve objetivo de conhecer o significado de saúde para idosos cuidadores de cônjuges idosos e avaliar as mudanças ocorridas na saúde e os cuidados com a própria saúde, concluíram que ter saúde está interligado a disposição para excetuar as atividades, ausência de problemas, independência, não necessitar de medicamentos ou serviços de saúde, boa condição financeira e estar de bem com a vida.

E atribuem situações de estresse, mudanças na auto-estima e o aparecimento de patologias às alterações ocorridas na saúde. Em relação aos cuidados com a própria saúde, citam controle na alimentação, prática de atividades físicas, respeito aos hábitos pessoais e à rotina.

Camarano e Kanso (2010), ao avaliarem as demandas provenientes do cuidado de longa duração, trazem que a população idosa é a mais exposta à fragilidade. Duarte et al. (2010), no estudo Saúde, Bem estar e Envelhecimento (SABE), salientam que muitos cuidadores são idosos e em risco para o desenvolver patologias crônicas.

Pinquart e Sörensen (2011) utilizando meta-análise identificaram que os cuidadores cônjuges ofertam maior suporte e relatam menos problemas comportamentais ao serem comparados aos cuidadores filhos, genros e noras, todavia reportam maiores níveis de sobrecarga, sintomas depressivos e baixos níveis de bem estar psicológico. Na comparação com cuidadores homens, as mulheres têm uma carga horária maior de trabalho e realizam mais atividades.

Somada a esta importante característica do cuidador familiar, outro aspecto que deve ser analisado ao se pensar em modelos de atenção ao cuidador familiar é o número de integrantes na casa, que residem junto aos idosos. Os estudos com cuidadores de idosos familiares mostram que este varia de três a quatro pessoas, o que configura lares multigeracionais, aos quais especial atenção deve ser dada, visto que esta família é formada por pessoas de diferentes períodos geracionais, que estão vivendo diferentes momentos de vida e ao mesmo tempo tendo de lidar com a dependência de um membro familiar (GRATÃO, 2010).

Esta situação de dependência do idoso acarreta em importantes alterações no ambiente familiar que podem levar ao desequilíbrio e exigir a reestruturação simultânea de diferentes gerações. A adaptação da família como um todo dependerá das

relações estabelecidas ao longo do tempo, do grau de envolvimento entre os membros, do modo como a família gerencia a situação de dependência e das estratégias de enfrentamento empregadas para responder a esta nova realidade (VALENÇA, SILVA, 2011; PEREIRA, CARVALHO, 2012).

Contudo, a dinâmica do cuidado em lares multigeracionais pode gerar sentimentos ambivalentes no cuidador. Ter a presença de mais pessoas no domicílio, pode representar uma fonte de apoio social e emocional e assim atenuar momentos de estresse e sobrecarga. Por outro lado, este contexto pode cooperar para o excesso de atividades exercidas pelo cuidador que assume também responsabilidade pelas atividades domésticas e o cuidado com os demais membros da casa, ou seja, mais pessoas no domicílio pode gerar sobrecarga e estresse.

1.3 A criança no contexto do idoso

O aumento da longevidade somado às mudanças sociais na estrutura familiar favorecem a formação de novas composições familiares como a presença de avôs, filhos, netos e bisnetos, o que pode oportunizar e intensificar as relações intergeracionais, e fazer desta uma experiência contemporânea no ambiente familiar, visto que, até o início do século XX, a baixa expectativa de vida restringia a convivência entre diferentes gerações (WHEELLOCK; JONES, 2002; WINEFIELD; AIR, 2010; RAMOS, 2015).

Atualmente, muitas famílias contam com idosos em sua estrutura, o que proporciona o aumento do número de famílias multigeracionais e possibilita que muitos avós vejam seus netos nascerem e crescerem (RAMOS, 2015). Para além deste contexto, o que tem se observado é uma participação mais efetiva e regular dos avós na

educação dos netos e estes têm se mostrado importantes fontes de cuidado principalmente para as crianças (GOLDFARD; LOPES, 2011; MARQUES et al., 2011; SILVA, 2014).

O relacionamento entre avós e netos tem sido alvo de muitas investigações, sobretudo a partir da década de 80 (BARROS, 1987; DIAS; SILVA, 2009). Dados da literatura internacional mostram que, nos Estados Unidos 50,0% das mulheres com idade entre 43 e 50 anos são avós, 40,0% dos avós exercem algum tipo de cuidado aos netos e 15% cuidam integralmente (FULLER-THOMSON; MINKLER, 2001; DIAS; SILVA, 2009). Na Europa, 57,0% dos avós cuidam dos netos (HANK; BUBER, 2009). Na Inglaterra, 50,0% da população têm netos e 25,0% são cuidados pelas avós (DIAS; SILVA, 2009).

Em Taiwan, na China por tradições culturais, os avós ajudam a cuidar dos netos e uma investigação mostrou que 74,0% dos adolescentes com idades entre 12 e 18 anos relatam terem sido cuidados por seus avós na infância (LIN, 2009). A pesquisa realizada pelo *Directorate General of Budget* (2010) revelou que um terço das famílias com crianças tem os avós como principais cuidadores dos netos.

Um estudo realizado com dados provenientes do “Study of health and Living status of elderly in Taiwan”, coletados no período de 1993 à 2003, verificou se o cuidado que os avós ofertavam aos netos influenciaram em sua saúde. A amostra era de 4.582 avós que corresidiam e prestavam cuidados aos netos de idade igual ou inferior a 18 anos. Por meio da análise de regressão múltipla e após ajustes para diferenças basais, os dados mostraram que avós que cuidavam de seus netos apresentavam menores indícios de sintomas depressivos, melhor autoavaliação da saúde, menor número de limitações físicas e melhor mobilidade (KU et al., 2013).

No Brasil, Goldfard e Lopes (2011) encontraram que a convivência de até quatro gerações tem sido cada vez mais comum. Foi na década de 90 que as alterações na estrutura familiar brasileira intensificaram o papel dos avós como cuidadores, papel este que ficou popularmente conhecido como “olhar os netos” (OLIVEIRA, 1999). Dentro do ambiente familiar, os avôs funcionam com um elo geracional, pois são figuras de exemplo para os mais novos, transferem tradições e crenças, além do auxílio aos filhos no cuidado aos netos e em momentos de crise (DIAS, 2008; RABELO; NERI, 2014).

Marconi e Oliveira (2010), que investigaram as relações intergeracionais de avós que cuidavam de seus netos adolescentes de camadas sociais médias e baixas residentes no Distrito Federal, verificaram que o papel de avós cuidadores estava frequentemente associado às condições sociais da família e envolviam sobrecarga e preocupações com o futuro, e também sentimentos de gratidão.

Em reflexo deste aumento da participação dos avós na vida dos netos surge o termo “*avosidade*”, cada vez mais utilizado na literatura gerontológica. Este termo não remete a uma idade cronológica, mas sim a um laço de parentesco entre familiares, em que os avós podem exercer a função paterna ou materna (FREITAS, 2006). Esta relação entre avós/netos e avôs/netos ocorre de forma diferente, normalmente as avós são mais envolvidas em atividades simbólicas, como contar histórias, ao passo que os avôs exercem mais atividades práticas (SMORTI; TSCHIENSER; FARNETI, 2012). Tais atividades aproximam os extremos geracionais e estimulam a solidariedade intergeracional (FERRIGNO, 2007; MAHNE; KLINGEBIEL, 2012).

Um estudo investigou se idosos holandeses percebem seus netos como contatos frequentes em suas redes de apoio e se este apoio está relacionado à

intensidade do contato que mantinham com seus netos quando estes eram crianças. Os autores observaram que crianças que mantinham relações mais próximas de seus avós na infância estavam mais presentes em sua rede de apoio, e concluiu que avós que mantêm relações mais próximas com seus netos promovem a continuidade desta quando os netos estão na fase adulta, sendo que estes netos tornam-se importantes fontes de cuidado para os avós (GEURTS; TIBURG; POORTMAN, 2012).

As trocas intergeracionais representam um importante recurso para as famílias (BENGTOSON, 2001; FERRIGNO, 2007), logo especial atenção deve ser dada a qualidade das relações que são estabelecidas neste contexto. Ramos (2011) ressalta que é na infância que as relações intergeracionais tendem a se formar com maior intensidade, visto que é nesta fase que as crianças passam mais tempo com os avós e são cuidados por eles com maior frequência.

A qualidade das relações firmadas entre avós e netos depende do legado que foi transferido a cada geração e dos mecanismos de apoio que são moldados no decorrer do tempo (GOLDFARB; LOPES, 2011). Nesta perspectiva, Goldfarb e Lopes, fazem a seguinte citação:

“O que acontece aqui e agora, em uma família determinada e inserida em uma dada cultura vai depender do que foi transmitido de geração em geração: o legado psíquico que cada criança dessa família recebe ao nascer é sobre o qual vai se estruturar sua vida psíquica” (GOLDFARB; LOPES, 2009, p.1).

Hayslisp e Page (2012) relatam que é recíproca a influência que os avós exercem sobre os netos. Igel e Szydlik (2011) mencionam que a geração intermediária tem a importante função de servir como uma ponte que liga os netos aos avós. Drew e Silverstein (2007) verificaram que avós que perderam o contato com seus netos vivenciaram impacto negativo em sua saúde emocional.

Pesquisas que analisam os efeitos da convivência entre avós e netos mostram que avós que não assumem o papel de cuidadores dos netos possuem uma

relação mais afetuosa com eles e mostram-se mais tolerantes. Por outro lado, os avós que exercem os principais cuidados aos netos vivenciam sentimentos de sobrecarga, esgotamento, ansiedade, medo, perda da liberdade, mas também sentimentos de felicidade, realização e utilidade (DIAS, 2008; TEIGA, 2012).

Frente ao contexto intergeracional apresentado, cabe destacar a importância do Estado no incentivo de trocas intergeracionais e de programas voltados para o cuidado mais intenso às crianças como uma forma de apoio para as famílias. Desta forma, haveria um equilíbrio entre o cuidado ofertado por programas formais e pelos avós, com vistas a reduzir os níveis de sobrecarga dos avós e permitir aos pais escolherem a intensidade com que os avós irão se envolver na educação dos netos.

1.4 Sobrecarga do cuidador de idoso

O ato de cuidar de pessoa dependente e/ou o excesso de encargos é descrito na literatura por meio dos termos *Burden*; *Burdensome* ou *Burnout*, que foram introduzidos em 1980 por Zarit. Estes abrangem problemas de ordem psicológica, emocional, física, social e financeira (ZARIT, 1980).

A expressão *Burnout* é definida como o efeito gerado pela tensão emocional e está vinculada ao ritmo de trabalho e excesso de responsabilidade. Reconhecida como uma patologia, a “*Síndrome de Burnot*” foi instituída na Classificação Internacional de Doenças (CDI, 10) em 1999, pela sigla Z 73.0, e assim quando um indivíduo é diagnosticado com esta síndrome, o mesmo possui respaldo governamental e atendimento do Sistema Único de Saúde (OMS, 2003; GRATÃO, 2010).

O termo *Burden* originado, na língua inglesa, equivale em português aos termos: carga, fardo, impacto e sobrecarga. Tais termos são utilizados para descrever aspectos negativos associados ao cuidado, frequentemente informal e familiar (PLATT, 1985; GRATÃO, 2010). Para esta pesquisa, optou-se pelo uso do termo sobrecarga, sinônimo de *Burden*.

O tema sobrecarga começou a ganhar visibilidade nos anos 60, quando pesquisadores analisaram algumas características presentes em famílias cuidadoras de pessoas com distúrbios psiquiátricos que participavam de um programa de apoio comunitário na Grã-Bretanha (FERNANDES, 2009).

Nos anos 70, a sobrecarga passou a ser considerada um importante fator a influenciar na qualidade de vida de cuidadores (FERNANDES, 2009). Nos anos 80, Zarit e colaboradores expandiram o conceito de sobrecarga para a literatura gerontológica, ao analisarem mudanças vivenciadas pelos cuidadores de idosos durante o processo de cuidar, o que motivou o desenvolvimento do conceito de sobrecarga do cuidador familiar e instrumentos para mensurá-la (ZARIT, REEVER, BACH-PETERSON 1980).

Para os autores Chwalisz e Kisler (1995) e Rose et al. (2006), a sobrecarga se caracteriza como um agente estressor, ocasionado pelas demandas impostas pelo cuidado, em que o cuidador e a família têm que aprender a lidar e desenvolver estratégias para se adaptar. Maslach (2001) define a sobrecarga como uma consequência derivada do ato de cuidar, em que a qualidade e/ou quantidade de demandas sobressaem à capacidade de desempenho de quem cuida. Na literatura, a sobrecarga tem sido estudada sob duas distintas expressões: objetiva e subjetiva.

A sobrecarga objetiva alude das mudanças em diferentes aspectos da vida cotidiana do cuidador e está diretamente relacionada às demandas práticas, que

envolvem problemas financeiros, cuidado nas atividades instrumentais e básicas e tempo diário de cuidado. Na forma subjetiva, a sobrecarga deriva das reações emocionais e atitudes do cuidador frente ao cuidado, envolve alterações de humor, sintomas depressivos, pensamentos negativos e está relacionada às implicações da sobrecarga objetiva (ZARIT, et al., 1980; POULSHOCK; MATSDA 1999; SEQUEIRA; 2007; GRATÃO, 2010; GUEDES; PEREIRA, 2013; NARDI; SAWADA, SANTOS, 2013).

Schulz e Sherwood (2008) analisaram características do cuidado que levam a maiores impactos negativos sobre a saúde física e psicológica, e encontraram que, problemas comportamentais, bem como o grau de dependência física e funcional da pessoa, a quantidade e tempo diário de cuidados são preditores de morbidades físicas e psicológicas no cuidador.

Nos Estados Unidos, pesquisadores buscaram identificar por meio de um estudo transversal fatores que elevaram a sobrecarga em 146 cuidadores de idosos. Foram identificados maiores níveis de sobrecarga associados à dependência do idoso, sexo feminino e ser cônjuge da pessoa cuidada (CASADO; SACCO, 2011). Na Austrália, Brodaty e Green (2002) mostram maiores problemas de saúde física e emocional, como hipertensão arterial e depressão, bem como aumento no consumo de medicamentos e consultas médicas entre cuidadores de idosos.

Na literatura brasileira, os estudos com cuidadores de idosos corroboram com os estudos encontrados na literatura internacional. Recentes investigações que avaliaram a sobrecarga do cuidador de idoso mostram que maior nível de dependência, fragilidade e maior número de morbidades no idoso são diretamente proporcionais a elevados níveis de sobrecarga (STACKFLETH et al., 2012; GRATÃO, 2013; LOUREIRO et al 2014).

Considerada uma variável relevante no contexto do cuidado, com potenciais efeitos sobre a saúde física e cognitiva dos cuidadores de idosos, Gratão (2010) destaca a importância da avaliação da sobrecarga de forma sistemática e por meio de instrumentos validados para população a ser estudada.

Para mensurar a sobrecarga do cuidador, diferentes escalas foram desenvolvidas e têm sido utilizadas em diversos países, como *Caregiver Strain Index-CSI* (ROBINSON, 1983), *Zarit Burden Interview-ZBI* (ZARIT; ZARIT, 1987); *Care Burden Inventory-CBI* (NOVAK; GUEST, 1989), *Caregiver Reaction Assessment – CRA* (GIVEN et al., 1992), *Family Burden Interview Schedule-FBI* (TESSLER ; GAMACHE, 1996), *Care Burden Scale-CBS* (IIDA; KOHASHI, 2001).

No Brasil, duas escalas foram traduzidas: *Zarit Burden Interview-ZBI*, por Scazufca (2002), e *Family Burden Interview Schedule-FBI*, por Bandeira et al., 2005. Neste estudo optou-se por trabalhar com a escala traduzida por Scazufca em 2002, denominada em português: Escala de Sobrecarga de Zarit. Esta escolha justificase pelo fato da escala avaliar tanto sobrecarga objetiva quanto subjetiva, por sua boa confiabilidade e repercussão nos estudos, o que possibilita a comparação com outras investigações e complementa a literatura sobre a sobrecarga do cuidador informal e familiar de idoso (GRATÃO, 2010).

Alguns estudos analisados estabeleceram pontos de corte diferentes para a escala citada. Na Espanha, Gort et al. (2007) e em Portugal, Serqueira (2010) trazem que pontuações inferiores a 46 pontos, indicam ausência de sobrecarga e de 46 a 56 pontos, modera sobrecarga e acima de 56 pontos, sobrecarga intensa. Hebert et al. (2000), no Canadá, e Luzardo et al. (2006), no Brasil, instituíram os seguintes pontos de corte: escores inferiores à 21 pontos, ausência de sobrecarga, 21 a 40 pontos, de moderada a leve sobrecarga, de 41 a 60 pontos, moderada a severa sobrecarga e de 61 a

88 pontos, intensa sobrecarga. Outra maneira de avaliar a sobrecarga do cuidador, nesta escala, é por meio da pontuação geral. Em uma amplitude que pode variar de 0 a 88 pontos, valores mais elevados indicam maior nível de sobrecarga percebido pelo cuidador.

No Brasil, a Escala de Sobrecarga de Zarit é amplamente utilizada e na literatura são evidenciados estudos com cuidadores de idosos com demência (CASSIS et al., 2007; GARRIDO; MENEZES, 2004), cuidadores de idosos da comunidade em geral (GRATÃO, 2013), e cuidadores de idosos dependentes atendidos no Programa de Saúde da Família (PSF) (AMÊNDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008).

Gratão (2010), ao evidenciar a presença de sobrecarga em uma amostra de cuidadores informais, traz que por vezes a sobrecarga vem acompanhada de sintomas psicossomáticos e reforça a importância do profissional da saúde, na orientação, tratamento e prevenção de doenças nos cuidadores.

Aguiar e Meneses (2012) ressaltam que a comunicação entre profissionais da saúde e cuidadores de idosos é, além de imprescindível, indissociável ao cuidado integral, garantido ao cuidador, por meio da Portaria nº1. 395/99 que dispõem sobre as diretrizes do desenvolvimento da Política Nacional da Pessoa Idosa (PNSPI), que traz que cuidar de uma pessoa adulta dependente é desgastante e implica em riscos para saúde (BRASIL, 1999). Assim, métodos preventivos de perdas e agravos devem ser estendidos para além do indivíduo que recebe os cuidados e envolver também o seu cuidador.

1.5 Estratégias de enfrentamento no cuidado

O enfrentamento, também designado na literatura científica como *coping*, refere-se a respostas comportamentais e/ou cognitivas das quais um indivíduo emprega para gerenciar, adaptar-se ou admitir um determinado evento oneroso. Assim, as estratégias de enfrentamento abrangem todas as medidas por ele adotadas em resposta a demandas internas e/ou externas que excedam ou sobrecarreguem os recursos pessoais (LAZARUS, FOLKMAN, 1984; LAZARUS, 1999; FORTES-BRUGOS, 2005).

Para Neri, as estratégias de enfrentamento provêm de,

“processos mediante os quais as pessoas alteram o seu ambiente ou regulam o próprio comportamento quando expostos a estresses de natureza biológica, psicológica ou social ou quando antecipam que vão sofrer desafios a seus recursos adaptativos” (NERI, 2014, p. 144).

Folkman e Lazarus (1980; 1984) propõem duas tipologias para classificar as estratégias de enfrentamento: 1-centrado na solução direta do problema, em que a ocasião causadora do estresse é tida como reversível e pode ser removida ou modificada; 2- focalizadas na emoção, na qual o agente estressor é tido como irreversível. Assim, seu objetivo passa a ser a regulação emocional e a minimização dos impactos.

A tipologia descrita foi pioneira no estudo de estratégias de enfrentamento e abriu caminhos para estudos posteriores, Lazarus e Folkman (1987) apresentam um estudo com uma estrutura fatorial composta por oito componentes, em que as estratégias de enfrentamento estão centradas no problema versus emoção, são elas; aceitação de responsabilidade, busca de suporte social, enfrentamento confrontativo, solução planejada do problema e afastamento, autocontrole, fuga-esquiva e reavaliação positiva.

No ano seguinte, Stone, Helder e Schneider (1988), em um novo estudo com estratégias de enfrentamento, distinguiram sete fatores: suporte social, busca de

informações, religiosidade, redefinição da situação, evitação ou afastamento, redução da tensão e solução do problema. Em outro estudo, os autores apontam a existência de cinco fatores componentes das estratégias de enfrentamento: enfrentamento focalizado no problema, enfrentamento focalizado na emoção, enfrentamento através do suporte social, enfrentamento religioso e enfrentamento ligado à busca de um significado para o problema (ALDWIN; GILMER, 2004).

Considerada um fator de proteção aos indivíduos, as estratégias de enfrentamento têm por finalidade atuar na redução, supressão ou manejo de situações avaliadas como estressantes e onerosas (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998; SEIDL, TRÓCCOLI; ZANNON, 2001). Quando bem empregada, a ação protetiva da estratégia de enfrentamento pode se dar de três maneiras: eliminar ou modificar o agente causador do estresse, ou minimizar as consequências emocionais negativas (PEARLIN, 1978).

Fortes e Neri (2004) relatam que a adaptação do indivíduo em uma situação onerosa varia de pessoa para pessoa. Assim, não há uma única estratégia de enfrentamento a ser empregada, uma vez que esta escolha está sujeita ao julgamento que o indivíduo realiza e da condição a qual vivencia.

Para alguns autores, o acionamento das estratégias de enfrentamento vincula-se a alguns mecanismos psicológicos, de percepção de autoeficácia, autoregulação do self, comportamento pessoal frente ao agente estressor e crenças. O item crenças exerce forte influência na decisão pessoal e na adoção da estratégia de enfrentamento, por meio de sentimentos, pensamentos e auto motivação (BANDURA, 1977; 1982; 1995; 1997).

. Recentes investigações que compararam o uso de estratégias de enfrentamento empregadas por participantes idosos e não idosos constataram que

participantes idosos tendem a utilizar formas mais inerentes de enfrentamento, como distanciar, resignificar ou redefinir preferências (CHARLES, 2010; AFONSO, 2012).

Um estudo qualitativo com objetivo de detectar as estratégias de *coping* utilizadas por cuidadores familiares de idosos com doenças crônicas constatou que as estratégias mais utilizadas estavam centradas na emoção. Os autores ressaltam que a análise do relato dos cuidadores apontou que a falta de ajuda de outros membros da família foi decisivo na escolha do uso de estratégias focadas na emoção, por meio da religião, renúncia e minimização dos impactos negativos (SIMONETTI; FERREIRA; 2008).

Para avaliar as estratégias de enfrentamento utilizadas por idosos, Aldwin, Sutton e Lachman (1996) desenvolveram, na Califórnia, o “*California Coping Inventory*”, um instrumento específico para população idosa que tem por objetivo avaliar a forma como os idosos reagem a situações que decorrem de processos adaptativos com a adoção de estratégias que os permitam adaptarem-se a diferentes situações.

Ao analisarem o comportamento psicométrico da “*California Coping Inventory*”, baseada na tipologia proposta por Lazarus e Folkman (1980/1984), autores da literatura brasileira propuseram uma nova tipologia de estratégias de enfrentamento para idosos, em que o Inventário para avaliação das Estratégias de enfrentamento, é composto por 19 itens escalares, de quatro níveis de intensidade cada um, e estruturado em cinco fatores: 1- Foco na expressão de emoções negativas; 2- Controle ambiental; 3- Religiosidade; 4- Comportamento de esquiva; 5- Inibição das emoções (FORTES-BURGOS; NERI; CUPERTINO, 2008).

1.6 Otimismo

Variáveis da psicologia positiva ganham destaque na literatura à medida que se amplia sua representatividade como aliada a aspectos positivos da saúde física e cognitiva. Entre estas variáveis, podemos ressaltar o otimismo que tem se associado ao bem estar e a qualidade de vida de indivíduos saudáveis, enfermos e de seus cuidadores (SILVA, 2006).

O modelo de otimismo teve sua origem derivada do conceito de estilo de atribuição. O estilo de atribuição avalia explicações causais que indivíduos mantêm em relação aos eventos, e o otimismo avalia as expectativas futuras em relação aos eventos (SCHEIER, 1985; OMS, 2002). Assim, o construto de otimismo foi desenvolvido com base na premissa de expectativas futuras que as pessoas cultivam em relação a eventos que ocorreram em suas vidas (SOARES, 2001).

O otimismo é descrito por Soares (2001) como uma tendência da pessoa em acreditar que experiências positivas e negativas poderão ser vivenciadas de modo mais ou menos otimistas. Para Oliveira (2010) otimismo é um fenômeno que personifica a compreensão e os sentimentos de que projetos pessoais poderão ser bem sucedidos.

Carver e Scheier (1998) delineiam o processo do indivíduo em direção aos seus objetivos e postulam que o otimismo entra em ação quando este é colocado de frente a obstáculos. É neste momento que a pessoa interrompe suas atividades para avaliar expectativas de resultados futuros e decidir qual caminho prosseguir para alcançar seus objetivos.

Desta forma, o otimismo e o pessimismo influenciam diretamente no modo como as pessoas sentem e enfrentam seus problemas. Ao se deparar com uma situação conflituosa, diferentes tipos de sentimentos emergem como ansiedade, depressão e entusiasmo. O equilíbrio entre tais sentimentos está nos diferentes níveis de

otimismo. Pessoas otimistas esperam bons resultados, o que produz uma mistura positiva de sentimentos, a medida que indivíduos mais pessimistas aguardam por resultados negativos, o que produz maiores sentimentos de ansiedade e tristeza (SCHEIER; CARVER; 1992; CARVER; SCHEIER; 1998).

Retratado como um atributo estável pertencente à personalidade, pessoas com características mais otimistas quando confrontadas pelas adversidades adotam comportamentos positivos; e frente a uma adversidade, buscam obter maiores informações e planejam estratégias de enfrentamento centradas na recuperação e/ou solução do problema objetivando obter melhores resultados (CARVER, SCHEIER 2002).

Pesquisadores afirmam que o otimismo é uma qualidade que pode estimular de modo positivo a maneira como as pessoas lidam com situações onerosas e buscam por apoio social. Este é um fator preditor do bem estar subjetivo, que promove a autoestima e a harmonia entre os relacionamentos (SCHEIER et al., 1986; ANDERSSON, 1996; FREDRICKSON, 2001; BRISSETTE et al., 2002).

Alloy e colaboradores (2006) colocam que níveis mais elevados de otimismo são diretamente proporcionais a níveis mais elevados de esperança e constituem menor risco para transtornos depressivos. Igualmente, o otimismo é um fator de resistência a eventos estressantes e está ligado a um menor risco para o início ou recaída a psicopatologias (ELLCOTT et al., 1990; FINLAY-JONES; BROWN, 1981). Os autores Carver e Scheier (1988), Kawachi e Berkman (2001) e Lorant et al ., (2003) afirmam que elevados níveis de otimismo exercem ação protetiva para a saúde física e cognitiva.

Estudos que objetivaram compreender a ação do otimismo sobre a saúde física e psicológica encontraram que indivíduos mais otimistas enfrentam mais

facilmente situações estressantes, diminuindo os danos por elas ocasionados, e por meio do uso de estratégias de enfrentamento mais eficazes têm maior facilidade na reabilitação física-funcional quando se deparam com problemas que provocam limitações e obtêm melhores resultados de saúde (CHANG; SANNA, 2001; SEGERSTROM; NES, 2006; SEGERSTROM, 2007).

Uma investigação chamou a atenção da comunidade científica para a ação do otimismo sobre o cuidador de pessoas dependentes. Ruiz et al., (2006), ao analisarem o nível de otimismo de homens que haviam realizado cirurgia de revascularização do miocárdio, encontraram que após 18 meses da cirurgia, baixos níveis de otimismo relacionaram-se com elevado grau de sobrecarga dos cuidadores.

Estudos com a população idosa mostram a importância de se investigar e estimular o otimismo como aliado à saúde física e mental. Steptoe e colaboradores (2006) encontraram associações positivas entre otimismo e comportamentos saudáveis, independente de fatores demográficos, em uma população de idosos com idade entre 65 e 80 anos, em que pessoas mais otimistas apresentavam hábitos regulares de atividades físicas, abstenção do fumo e consumo moderado de álcool.

Dados de um estudo holandês ressaltam a importância de intervenções que promovem uma disposição otimista. Os autores chegaram a esta conclusão após uma investigação longitudinal que acompanhou durante 15 anos idosos com idade entre 64 e 84 anos para avaliar a incidência de sintomas depressivos ao longo do tempo. Concluiu-se que níveis mais elevados de otimismo diminuem a ocorrência de sintomas depressivos (ERIK et al., 2006).

Para avaliar o otimismo diferentes escalas têm sido utilizadas. E entre elas podemos citar a Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro, desenvolvida em Portugal em 2007 (PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007) e traduzida para o contexto

brasileiro em 2010 (CHAVES, et al., 2010). Esta escala é composta por duas dimensões denominadas “Crenças” e “Esperança/Otimismo”. Para este estudo serão consideradas apenas as questões referentes à dimensão “Esperança e Otimismo”. Optou-se pela utilização desta dimensão da escala uma vez que os autores relatam que a mesma avalia perspectivas positivas da vida, e tendo como direção a literatura que traz o otimismo e a esperança como sentimentos mobilizadores da ação e indicadores positivos da qualidade de vida e saúde física, cognitiva e emocional (OLIVEIRA, 2010).

Relevância do estudo

2. Relevância do estudo

A literatura tem mostrado que o cuidado ao idoso normalmente tem sido realizado por um membro familiar que muitas vezes também é idoso. E neste contexto de cuidado, a presença de crianças tem sido cada vez maior em função da longevidade da população idosa e das novas composições familiares (PINQUART; SORENSE, 2006; SILVA, 2014; RAMOS, 2015).

Esta nova configuração de cuidado, que tem o idoso como protagonista, permeou a elaboração deste estudo, especificamente por dois motivos. Em primeiro, a quantidade de atividades relacionadas ao cuidado com o idoso dependente e, em contextos intergeracionais, o cuidado com a criança, podem levar os idosos cuidadores a exercerem demandas competitivas no ambiente familiar, pois, o cuidado com a criança e o idoso demandam responsabilidades e habilidades diversas para lidar com o cuidado em diferentes fases da vida. Em segundo, as relações entre idosos e crianças tendem a se firmar no período da infância das crianças (RAMOS, 2011) e na literatura as relações intergeracionais estão descritas de modo ambivalente, permeada por atributos positivos e negativos, que funcionam como uma via de mão dupla (MARCONE; OLIVEIRA, 2010; TEIGA, 2012).

Assim, a presença de uma criança em um contexto de cuidado pode representar uma tarefa a mais aos idosos que podem encontrar-se sobrecarregados pelas atividades de cuidado à criança e ao idoso, o que pode inferir de modo negativo nas relações intergeracionais. Ou ao contrário, a presença da criança pode atuar como um fator de distração para o idoso cuidador que pode reportar isto em expectativas positivas em relação ao futuro. Desta forma, há melhora da qualidade de vida, o que pode influenciar na escolha de diferentes estratégias de enfrentamento para adaptação ao contexto de cuidado.

Ao mesmo tempo em que se observa esta mudança no papel dos idosos dentro do ambiente familiar, a prevalência de DCNT é cada vez maior neste seguimento populacional, especialmente entre as mulheres que têm uma expectativa de vida mais elevada, e são as principais cuidadoras. Estas DCNT podem afetar a funcionalidade física e o estado cognitivo do idoso cuidador e, o excesso de atividades pode comprometer o cuidado e fragilizar as relações intergeracionais dos idosos com as crianças, que podem não entender a situação que o idoso vivencia.

Frente ao aumento das responsabilidades dos idosos nas tarefas familiares, em especial no cuidado aos extremos geracionais, o presente estudo tem por finalidade a avaliação da população de idosos cuidadores cadastrados nas USF, que residem com e sem a presença de crianças, no município de São Carlos-SP.

Diante dos temas de investigação em pesquisa propostos pela “Research Agenda on Ageing for the 21st century (2007)” e da “Agenda Nacional de prioridades de pesquisa em saúde” (2008) que trazem as alterações nas estruturas familiares, transferências e as relações intergeracionais, cuidador e o papel do idoso como cuidador, entre os temas prioritários na ciência gerontológica, este estudo visa contribuir com a elaboração e implementação de políticas públicas e promoção do envelhecimento ativo. Estudos neste campo ganham visibilidade e possibilitam a investigação de variáveis que interferem no cuidado intergeracional, e propiciam a melhora na qualidade de vida de idosos cuidadores e a elaboração de projetos intergeracionais que aproximam crianças e idosos.

Deste modo, o profissional Gerontólogo tem a função de atuar na assistência ao idoso cuidador, aos familiares e na elaboração de tais projetos intergeracionais, como uma ferramenta de desmistificação de estereótipos negativos ligados à velhice, e compreensão das diferentes necessidades de cada fase do ciclo vital.

Uma vez que estas crianças podem representar importantes fontes de cuidado para seus familiares no futuro e há insuficiência de estudos sobre variáveis que podem atuar de modo positivo ou negativo neste contexto de cuidado intergeracional, perfazem a relevância deste estudo.

Assim, optou-se por realizar um estudo comparativo do nível de sobrecarga, otimismo e das estratégias de enfrentamento de idosos cuidadores de idosos, que residem na presença e ausência de crianças.

Objetivos

3. Objetivos

3.1 Geral

- ✓ Comparar os níveis de sobrecarga, otimismo e as estratégias de enfrentamento de idosos cuidadores de idosos que residem com e sem a presença de crianças.

3.2 Específicos

- ✓ Caracterizar as crianças que residem com os idosos cuidadores, de acordo com as variáveis sociodemográficas e de cuidado
- ✓ Caracterizar o perfil do idoso cuidador, de acordo com as variáveis sociodemográficas e de saúde
- ✓ Caracterizar o perfil sociodemográfico do idoso receptor de cuidados, de acordo com as variáveis sociodemográficas e o contexto de cuidado
- ✓ Avaliar a sobrecarga o otimismo e as estratégias de enfrentamento dos idosos cuidadores

Materiais e métodos

4. Materiais e métodos

4.1 Delineamento do estudo

Estudo de corte transversal, descritivo e quantitativo.

4.2 Local do estudo

O presente estudo é parte da pesquisa intitulada “Variáveis associadas à cognição de idosos cuidadores”, coordenada pela Prof^a. Dr^a. Sofia Cristina Iost Pavarini, e desenvolvida em parceria entre o Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Departamento de Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP) e Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de São Carlos, situada na região centro-leste do Estado de São Paulo. Fundada em quatro de Novembro de 1857, compreende uma grande diversidade nos setores: industrial, educacional e agrícola. É reconhecida como Capital da Alta tecnologia, e tem se destacado também por seu acelerado crescimento populacional (SÃO CARLOS, 2011).

De acordo com o censo demográfico, em 2000 a população era de 192.998 habitantes, dos quais 11% apresentavam 60 anos ou mais (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE 2000). No ano de 2013, de acordo com dados da fundação Sistema Estadual de Análise de Dados- SEADE a população aumentou para 221.950 habitantes, e 13,9 % tinham idade igual ou superior a 60 anos (Sistema Estadual de Análise de Dados-SEADE 2013).

A cidade conta atualmente com 14 USFs com um total de 18 equipes atuando nas unidades. Destas 14 unidades, duas estão localizadas em distritos rurais, uma em Santa Eudóxia e outra em Água Vermelha. As USFs cobrem aproximadamente 39.768 habitantes, o que equivale a 17,9% do total da população. As USFs estão inseridas no programa Estratégia de Saúde da Família (ESF), lançado em 1994 pelo Ministério da Saúde, com objetivo de atuar na expansão e qualificação da atenção primária, pautando-se nas doutrinas do Sistema Único de Saúde (Universalidade, Equidade e Integralidade) para promover a saúde, prevenção de doenças e reabilitação.

4.3 Critérios de inclusão

- ✓ Ter idade igual ou superior a 60 anos.
- ✓ Estar cadastrado e residir na área de abrangência de uma das 14 USF do município de São Carlos.
- ✓ Residências com no mínimo duas pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, e um sendo responsável pelo cuidado do outro.
- ✓ Residir com idoso que apresentasse dependência parcial ou total nas atividades básicas e/ou instrumentais de vida diária, avaliadas por meio do Índice de Katz e Escala de Lawton.

4.4 Critérios de exclusão

- ✓ Todos os idosos da residência pontuarem como independentes na avaliação do Índice de Katz e Escala de Lawton.

- ✓ Recusar-se a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNCIE A)

4.5 População e amostra

Para identificação dos sujeitos, foi solicitada para cada USF uma lista contendo nome, idade e endereço de residências com dois ou mais idosos (≥ 60 anos) cadastrados. Foram identificadas 594 residências, pois o critério era ter pelo menos dois idosos na mesma casa e um sendo responsável pelo cuidado do outro.

As 594 residências foram visitadas, e houveram 123 perdas. Destas, 26 foram devido a falecimento de um dos idosos, em 28 residências os idosos haviam se mudado para fora da área de abrangência da USF e em 69 não foram encontrados após três visitas em dias e períodos alternados, resultando em 471 residências. Nestes 471 domicílios os idosos foram contatados, esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e convidados a participar da mesma. Em 84, os idosos se recusaram a participar do estudo, totalizando então 387 residências cujos idosos aceitaram participar.

Os idosos residentes nas 387 residências foram submetidos a uma pré-avaliação composta por dois instrumentos que verificavam: as atividades básicas de vida diária (Índice de Katz) (KATZ et al, 1963) e as atividades instrumentais de vida diária (Escala e Lawton) (LAWTON; BRODY, 1969) cujo objetivo foi avaliar o nível de dependência dos idosos para atividades de vida diária. Em 36 residências, todos os idosos obtiveram pontuação máxima nas duas avaliações, sendo classificados como independentes para atividades básicas e instrumentais, portanto foram excluídos do estudo.

A amostra do estudo foi então composta por 351 residências, constituídas por 351 idosos cuidadores e 351 idosos receptores de cuidado, totalizando 702 sujeitos entrevistados. Com o objetivo de tornar a amostra mais homogênea dos 351 idosos cuidadores entrevistados, foram excluídos 50 por não apresentarem a totalidade dos dados relacionados a este estudo, ou seja, 50 não completaram a avaliação sobre as Estratégias de Enfrentamento, sendo considerados como perdas. A amostra final foi então composta por 301 idosos cuidadores e 301 idosos receptores de cuidados, com todas as variáveis analisadas para este estudo.

4.6 Procedimentos

4.5.1 Éticos

Todas as etapas desta pesquisa seguem as diretrizes da Resolução 466/2012 previstas pelo Conselho Nacional de Saúde, que regem pesquisas com seres humanos. O estudo foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde com Parecer nº 68/2013 (ANEXO A), e ao final da pesquisa, os pesquisadores se responsabilizaram por entregar um relatório com os resultados da pesquisa à Secretaria Municipal de Saúde.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos-UFSCar, Parecer nº 416.467 de 15/10/2013 (ANEXO B). Os participantes da pesquisa foram informados sobre os objetivos do estudo e assegurados quanto ao sigilo de suas informações pessoais. Antes de dar início à coleta de dados, o TCLE foi apresentado e discutido com cada participante e após os devidos esclarecimentos foi solicitada a assinatura e entregue uma cópia do documento aos idosos.

As escalas utilizadas neste estudo são de domínio público e têm acesso e uso livre, assim não foram necessárias autorizações prévias para uso das mesmas. O questionário de caracterização do idoso receptor de cuidados, caracterização sociodemográfica e saúde do cuidador idoso e caracterização do cuidado foram desenvolvidos pelos membros que compõem o grupo de pesquisa Saúde e Envelhecimento da UFSCar. Após a elaboração dos questionários, os mesmos foram encaminhados para validação de conteúdo realizada pelos membros colaboradores da pesquisa na EERP/USP e no Programa de Pós Graduação em Gerontologia da UNICAMP.

4.5.2 Coleta de dados

Para dar início à coleta de dados, a equipe de pesquisadores formada por seis alunos da pós-graduação com formação em Gerontologia e Enfermagem e dois alunos de iniciação científica do curso de Graduação em Gerontologia da UFSCar, todos foram treinados pela coordenadora responsável pela pesquisa quanto à administração da avaliação e aplicação dos instrumentos. É importante destacar que todos os estudantes de pós-graduação foram capacitados para realizar a avaliação do idoso receptor de cuidado e do idoso cuidador, e os estudantes de iniciação científica realizavam a avaliação do idoso receptor do cuidado.

Em função do número de instrumentos presentes no protocolo do idoso cuidador, os estudantes capacitados para realizar esta avaliação alternavam-se entre a aplicação do protocolo do idoso cuidador e do idoso receptor de cuidados, a fim de evitar a fadiga entre os pesquisadores. As visitas aos domicílios iniciaram-se após a autorização dos responsáveis pelas USF, e foram realizadas por dois pesquisadores munidos de identificação (crachá com foto) e jaleco branco. O convite para participar da

pesquisa foi realizado pessoalmente pelos pesquisadores, que após se apresentarem, explicavam os objetivos da pesquisa, e, em caso de aceite era agendado um horário de acordo com a disponibilidade do participante. A coleta de dados teve início em abril de 2014 e terminou em novembro do mesmo ano.

Inicialmente, todos idosos da residência participaram de uma pré-avaliação por meio da aplicação do Índice de Katz e da Escala de Lawton e Brody. As possibilidades de classificação na pré-avaliação eram:

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 foi perguntado se entre os idosos dependentes, havia um cuidador primário, ou seja, o principal responsável por realizar atividades de cuidado?).

Posterior à pré-avaliação, os idosos eram classificados em um destes grupos. O idoso independente ou com menor nível de dependência foi classificado como cuidador e o idoso com maior nível de dependência, receptor de cuidados. Em casas com três ou mais idosos, todos participaram da pré-avaliação, porém neste estudo foram incluídos apenas dois idosos: um com maior nível de independência e o outro com maior nível de dependência.

Em caso de empate nas avaliações, os pesquisadores perguntavam aos idosos, qual deles exercia participação mais efetiva no cuidado, fosse por número de atividades realizadas ou horas dedicadas ao cuidado, e os classificavam de acordo com o

que era relatado. Caso todos os idosos residentes no domicílio fossem independentes, não havendo a presença de um cuidador, os pesquisadores explicavam que a pesquisa era constituída de duas etapas, e a não existência de um cuidador impossibilitava a continuidade da mesma, assim agradeciam a participação e disponibilidade de cada um.

Após a pré-avaliação e a classificação do idoso e do cuidador, os mesmos eram entrevistados individualmente por pesquisadores independentes, em dia e horários escolhidos por eles. As avaliações do cuidador idoso e do idoso receptor de cuidados foram realizadas em ambientes diferentes, e ocorreram em sessão única, com duração de aproximadamente uma hora e trinta minutos para avaliação do idoso cuidador e aproximadamente uma hora para avaliação do idoso receptor de cuidados.

Encerrada a coleta de dados os questionários preenchidos foram devolvidos pelos entrevistadores à coordenadora da pesquisa, e após serem contabilizados e analisados, foram digitados com dupla entrada independente em banco de dados criado no programa Epidata 3.1 para Windows.

4.6 Instrumentos

4.6.1 Escala de independência em atividades da vida diária – Katz aplicada para o idoso cuidador e idoso receptor de cuidado (ANEXO C)

Desenvolvida em 1963 por Sidney Katz e colaboradores, esta escala foi adaptada para uso no Brasil em 2008 por Lino e colaboradores, e possibilita avaliar as atividades básicas do cotidiano do entrevistado, como: alimentação, controle dos esfíncteres, transferência, higiene, aptidão para vestir e banhar-se. Nesta pesquisa, foi utilizada a versão publicada em 1998 e revista em 2012 pelo *Hartford Institute for Geriatric Nursing*. Para cada item que o idoso realiza sem o auxílio de outra pessoa é

dado um ponto e a pontuação total da escala é realizada por meio da soma dos itens que podem variar de 0 pontos (dependente para todas as funções) à 6 pontos (independente para todas as funções). Os pontos de corte classificados para esta escala são: 0 a 2 pontos- muito dependente; 3 a 4 pontos moderadamente dependente; e 5 a 6 pontos independente (HARTFORD INSTITUTE FOR GERIATRIC NURSING, 2012).

4.6.2 Escala de atividades instrumentais da vida diária de Lawton e Brody aplicada para o idoso cuidador e o idoso receptor de cuidado (ANEXO D)

A escala de atividades instrumentais de vida diária foi elaborada por Lawton e Brody em 1969. Santos e Virtuoso Júnior (2008) adaptaram a escala para contexto brasileiro e obtiveram índices satisfatórios e boa confiabilidade. Esta escala é utilizada para avaliar atividades do cotidiano com grau mais elevado de complexidade, como: realizar o trabalho doméstico, manusear o dinheiro, usar o telefone, administrar medicamentos, viajar, realizar compras e preparar refeições completas. A escala é composta por sete questões e para cada questão a pontuação pode variar de um ponto à três pontos, sendo que um ponto equivale à dependência ou falta de hábito na atividade; dois pontos, à necessidade de assistência e três pontos à independência total para a realização da atividade. Assim, a pontuação total pode variar de sete a 21 pontos; e pontuações iguais a 7 predizem dependência total, de 8 à 20 pontos, dependência parcial; e 21 pontos independência (SANTOS; VIRTOSO JÚNIOR, 2008).

4.6.3 Caracterização sociodemográfica do receptor de cuidado (APÊNDICE

B)

O idoso receptor de cuidados foi caracterizado quanto ao sexo, data de nascimento, idade, estado civil, grau de escolaridade, fonte de renda, ocupação, raça/cor.

4.6.4 Caracterização sociodemográfica do idoso cuidador (APÊNCIE C)

Neste item foram coletados os seguintes dados: sexo, data de nascimento, idade, estado civil, escolaridade, fonte de renda, renda do cuidador idoso e renda familiar, se considera a renda suficiente, religião, raça/cor, ocupação, número de membros que reside na casa, grau de parentesco com quem reside, tipo de residência (própria ou não), e se reside com crianças (≤ 12 anos).

Para casas em que o idoso residia com crianças, foram coletados os dados: grau de parentesco (criança/ idoso), idade e sexo da criança, número de horas que o idoso convive diariamente com a criança, se auxilia no cuidado da criança e número de horas diárias envolvidas no cuidado da criança.

4.6.5 Caracterização do cuidado (APÊNCE D)

A caracterização do cuidado foi realizada por meio das seguintes variáveis: grau de parentesco/proximidade com o receptor de cuidados, há quanto tempo é cuidador, número de horas diárias que cuida, número de dias semanais dispensados ao cuidado, gasto mensal com o cuidado, participação em cursos de treinamento para cuidador, atividades que ajuda o receptor de cuidados a realizar, e se recebe ajuda material, emocional ou de entidades religiosas/igrejas/ voluntariado, de instituições de saúde ou de assistência social.

4.6.6 Avaliação da saúde do idoso cuidador (APÊNCIE E)

Na avaliação da saúde foram levantados dados autorreferidos (Sim/Não) sobre comorbidades (Anemia, Ansiedade/transtorno do pânico, Artrite, Audição prejudicada, Câncer, Problemas pulmonares, Diabetes Mellitus, Depressão, Acidente Vascular Cerebral, Doença cardíaca, Doença Gastrointestinal Alta, Doença vascular periférica, Doença Neurológica, Hipertensão arterial, Incontinência urinária e/ou fecal, Obesidade, Osteoporose, Constipação, Problemas de coluna, Visão prejudicada, Tontura, Proteínas na urina, Glicemia alterada) e o seu impacto na vida diária.

Na avaliação subjetiva da saúde, os idosos cuidadores foram questionados quanto: “De modo geral, como o/a senhor/a avalia a sua saúde no momento atual?” e “Como o/ senhor avalia o cuidado que dedica à sua saúde?” e as opções de respostas eram: Muito boa, Boa, Regular, Ruim, Muito ruim satisfação global com vida. Na avaliação da satisfação com vida foi perguntado, “O/a senhor/a está satisfeito/a com a sua vida hoje?” e as opções de respostas foram: Pouco, Mais ou menos, Muito.

4.6.7 Inventário de Sobrecarga de Zarit para o idoso cuidador (ANEXO E)

O inventário para avaliação da sobrecarga foi elaborado por Zarit, Reever e Bach-Peterson em 1980, traduzido e validado para cultura Brasileira por Scazufca em 2002, em um estudo com 82 cuidadores de pessoas com depressão, e apresentou consistência interna de 0,87 pelo *Alpha de Cronbach*.

O instrumento é composto por 22 questões e tem por finalidade avaliar o impacto percebido do ato de cuidar sobre a saúde física e emocional, atividades sociais e condições financeiras. As respostas aos itens que compõem o instrumento devem ser

dadas de acordo com os cinco níveis de intensidade que descrevem como cada afirmação impacta no ato de cuidar. Para cada item do inventário, as respostas podem variar entre: nunca (0); raramente (1); algumas vezes (2); frequentemente (3) e sempre (4). As pontuações indicam a frequência com que cada evento ocorre. O último item do instrumento avalia o quanto o entrevistado tem se sentido cansado mediante a ocupação de prestar o cuidado, o escore varia de zero a quatro pontos, e é avaliado da seguinte forma: nem um pouco (0); um pouco (1); moderadamente (2); muito (3); extremamente (4) (SCAZUFCA, 2002).

O escore total é obtido por meio da soma dos itens e pode variar de zero a 88 pontos. Quanto maior a pontuação alcançada, maior é o nível de sobrecarga percebida pelo cuidador. Há quatro pontos de corte para avaliação da pontuação obtida, de 0 a 20 pontos sugere pequena sobrecarga, de 21 a 40 pontos, moderada sobrecarga, de 41 a 60 pontos, de moderada a severa sobrecarga, e de 61 a 88 pontos severa sobrecarga. É importante destacar que estes pontos de corte não foram validados para o contexto brasileiro.

4.6.8 Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro para o idoso cuidador

(ANEXO F)

Para avaliação do nível de otimismo foi utilizada a Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro, desenvolvida em Portugal em 2007, traduzida e validada para o contexto brasileiro por Chaves et al. (2010). O instrumento avalia a espiritualidade por meio de cinco itens subdivididos em duas dimensões: “Crenças” que avalia o significado da vida e “Esperança e otimismo” que avalia a perspectiva positiva da vida. A consistência interna do instrumento foi aferida por meio do *Alpha de*

Cronbach, tendo sido encontrado os seguintes valores para cada dimensão: “Crenças”, 0,92; “Esperança e otimismo”, 0,69 e escala global, 0,74. Neste estudo, foram utilizadas somente as questões referentes à dimensão que avalia “Esperança e otimismo” que integra itens que estimam o sentido positivo da vida, orientado pela perspectiva do futuro com esperança, em uma redefinição dos valores da vida (PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007). Esta dimensão é composta por três questões com respostas podem variar de “não concordo (1), concordo um pouco, (2), concordo bastante, (3) e plenamente de acordo (4)”.

A pontuação total pode variar de 0 a 4 pontos, e é dada pela soma da pontuação dos itens dividida por três, sendo que quanto maior a pontuação obtida, maior o nível de esperança/otimismo (PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007).

4.6.9 Inventário para avaliação Estratégias de enfrentamento aplicado no idoso cuidador (ANEXO G)

Elaborado especificamente para a população idosa por Aldwin, Sutton e Lachman (1996) na Califórnia, o inventário é constituído por 19 itens escalares com quatro níveis de intensidade que refletem a maneira e a frequência com que os idosos reagem a situações consideradas inesperadas ou estressantes. Assim, o instrumento tem por objetivo avaliar a forma como os idosos reagem a situações que decorrem de processos adaptativos com a adoção de estratégias que os permitam adaptarem-se a diferentes situações (ALDWIN; SUTTON; LACHMAN, 1996). No Brasil, Burgos, Neri e Curpetino, em 2008 realizaram a tradução e adaptação semântica da língua inglesa para a língua portuguesa. O inventário foi submetido à análise fatorial e o índice de Kaiser Meier-Olkin foi de 0,5935, indicando consistência interna mediana. Durante a

análise foram obtidos cinco fatores com valores próprios superiores a 1 que explicaram 43,6% da variabilidade total. Os itens contidos no inventário foram agrupados em cinco fatores, descritos a seguir:

- ✓ **Fator 1: expressão das emoções negativas** (questões: 01,07,09,13,18,19), refere-se a expressão das emoções negativas, em excessos comportamentais e em comportamentos de risco, que permitem ao indivíduo se poupar do sentimento de culpa, de ressentimentos e da dúvida, lidar com situações de ansiedade e depressão e entrar em contato com outras pessoas para acionar ajuda ou manter a ativação emocional.
- ✓ **Fator 2: controle ambiental** (questões: 05,10,14,16), refere-se a tentativa de controlar de modo indireto o ambiente, engloba acreditar que outras pessoas darão conta do evento e permitir que lidem com este, aguardar obter mais informações antes de agir diante de um acontecimento, e cessar as atividades quando necessário e buscar suporte social, configuram uma postura pró-ativa, intercedida por atos dos semelhantes que o indivíduo é capaz de evocar.
- ✓ **Fator 3: religiosidade** (questões: 08,15) centrados na religiosidade como fator amortecedor que regula as emoções.
- ✓ **Fator 4: comportamento de esquiva** (questões: 04,06,12,17) baseado na minimização do potencial estressor mediante a comportamentos de esquiva. Este fator tem relação com mecanismos cognitivos que suavizam o potencial estressor do evento e contribuem para diminuir a ansiedade e a depressão.

- ✓ **Fator 5: inibição das emoções** (questões: 02,03,11) centrados na inibição das emoções, em que o indivíduo tende a recolher-se em seu mundo interno, não tentando modificá-lo ou reinterpretá-lo.

Os itens 01,02 e 03 estão em escala invertida e devem ser alterados para análise dos dados. A pontuação total pode variar de 19 à 76, e as questões podem ser analisadas por fator indicando a frequência com que os idosos utilizam tais estratégias para se adaptarem a eventos inesperados. A variação de pontuação entre cada fator é: Fator 1: de 6 à 24 pontos; Fator 2: de 4 à 16 pontos; Fator 3: de 2 a 8 pontos; Fator 4: de 4 à 16 pontos e Fator 5: de 3 a 12 pontos (BURGOS; NERI; CURPETINO, 2008).

4.6.10 Análise de dados

O banco para inserção dos dados foi construído por um profissional da área de estatística, com experiência em projetos em saúde. Foram construídos dois bancos independentes, um para o idoso cuidador e o outro para o idoso receptor de cuidados, ambos no software EpiData 3.1. Posterior à codificação das variáveis foi elaborado um dicionário com a denominação das mesmas. Em seguida dois digitadores realizaram a entrada dos dados no banco de modo independente e cego. Após a validação da dupla entrada, os dados foram reportados para o aplicativo *Stata 10*® para o sistema *Windows*, no qual foram realizadas as análises dos dados.

Para análise dos dados, os idosos cuidadores e os idosos receptores de cuidados foram divididos em dois grupos denominados G_1 e G_2 . O G_1 foi formado por cuidadores que não residiam com crianças e G_2 por cuidadores que residiam com crianças. A princípio foi realizada a análise descritiva simples e em seguida foi testada a normalidade dos dados por meio do teste de Shapiro Wilk.

As variáveis dependentes; sobrecarga, otimismo e Fator 1, Fator 2 e Fator 3 do Inventário de Estratégias de Enfrentamento não apresentaram distribuição normal ($p=0,00$). Foi identificada distribuição normal para Fator 4 ($p=0,97$) e Fator 5 ($p=0,37$) do Inventário de Estratégias de Enfrentamento. As variáveis independentes (idade, escolaridade, renda, tempo de cuidado em anos, tempo diário de cuidado, com quem reside e grau de parentesco com o idoso receptor de cuidado) não apresentaram distribuição normal ($p=0,00$).

Para as variáveis que não apresentaram distribuição normal foi utilizado o teste U-Mann Whitney para comparar o ranking das medianas dos grupos de idosos cuidadores que residiam sem e com a presença de crianças. Para as variáveis que apresentaram distribuição normal foi utilizado o teste t-student para comparar as médias de G_1 e G_2 .

O teste de Qui-Quadrado foi utilizado para comparar as proporções dos G_1 e G_2 . Em todos os testes estatísticos o nível estatístico adotado foi de 5% ($p<0,05$).

Resultados e Discussão

5. Resultados e Discussão

Os resultados serão apresentados e discutidos considerando dois grupos: G₁=idosos cuidadores que residiam sem crianças (n=257) e G₂= idosos cuidadores que residiam com crianças (n=44).

5.1 Caracterização das crianças que residiam junto aos idosos

Para compreender o contexto dos idosos cuidadores que residiam com crianças, foram coletadas informações sobre a caracterização das crianças. Neste estudo, foram consideradas crianças, pessoas com idade de zero a 12 anos, de acordo com LEI Nº 8.069, de 13 de Julho de 1990, que dispõem sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990).

Foram identificadas 59 crianças que residiam junto aos 44 idosos cuidadores, e destes, 77,3% (n=34) residiam junto a uma criança, 13,6% (n=6) com duas crianças, 6,8% (n=3) com três crianças e 2,3% (n=1) com quatro crianças. A maioria das crianças era do sexo masculino 52,6% (n=31) e a média de idade foi de seis anos ($\pm 3,4$), e variação de zero a 12 anos de idade. O grau de parentesco prevalente entre a criança e o idoso foi avó/avô, como pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1. Apresentação do grau de parentesco entre o idoso cuidador (n=44) e a criança. São Carlos, SP, Brasil, 2014.

Grau de parentesco com a criança	N	%
Avô/Avó	37	84,2
Bisavó/Bisavô	4	9,0
Pai/Mãe	2	4,5
Outros	1	2,3
Total	44	100

Dados da Fundação Seade mostram que para o ano de 2014, o número de crianças no município de São Carlos do sexo masculino em todas as faixas etárias (0 à 4 anos: 6.711 crianças; 5 à 9 anos: 6.635 crianças; 10-14 anos: 7.089 crianças), era superior ao número de crianças do sexo feminino (0 à 4 anos: 6.985 crianças; 5 à 9 anos: 6.635 crianças; 10 à 14 anos: 7.089 crianças) (SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS-SEADE, 2014). No ano 2010, o IBGE, mostrou que o número de crianças do sexo masculino era de 1,0% superior ao de crianças do sexo feminino para as faixas etárias do 0 aos 4 anos e dos 5 aos 9 anos de idade, e de 2,0% maior em relação as crianças do sexo feminino na faixa etária dos 10 aos 14 anos de idade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE, 2010).

Um estudo realizado no município de São Carlos-SP, que avaliou a atitude de crianças entre sete e 10 anos de idade em relação à velhice que residiam com idosos com e sem alterações cognitivas encontrou que de 54 crianças entrevistadas das 57% eram do sexo masculino (LUCHESE, 2011). Tais dados podem explicar o maior número de crianças do sexo masculino na amostra estudada.

Em relação à faixa etária, no ano de 2014, de acordo com dados da Fundação Seade, no município de São Carlos-SP, havia 41.592 crianças na faixa etária do zero aos 14 anos de idade, e destas 14.478 (36%) tinham de 10 a 14 anos de idade, 13.696 (33%) tinham de 0 a 4 anos de idade e 13.418 (32%) tinham cinco e nove anos de idade (SEADE, 2014). É importante destacar que neste estudo foram consideradas

crianças, aquelas com idade entre zero e 12 anos de idade, o que pode ter contribuído para uma média de idade mais baixa entre as crianças do presente estudo.

O tempo médio de moradia da criança junto ao idoso foi 5,4 anos ($\pm 5,1$) e tempo diário que a criança passa junto com o idoso foi de 8,4 horas ($\pm 5,1$), com variação entre uma e 24 horas diárias de convívio. Em uma pesquisa realizada no município de São Carlos-SP, que avaliou a atitude em relação à velhice de crianças que residiam com idosos, encontrou tempo médio de moradia junto ao idoso de cinco anos, dado semelhante ao do presente estudo, e em relação ao tempo diário que a criança e o idoso passavam juntos os autores encontraram média de cinco horas (OLIVEIRA, et al. 2015).

Quando questionados sobre a prestação de auxílio no cuidado à criança, 88,6% (n=39) dos idosos cuidadores referiram cuidar da criança, e o tempo diário médio que estes idosos cuidadores auxiliavam no cuidado a criança foi de 6,2 horas ($\pm 4,7$), com variação entre uma e 19 horas diárias, e 11,4% (n=5) dos idosos cuidadores relataram que a criança apenas reside junto deles, mas que não presta nenhuma atividade de cuidado para a ela.

Estudos que investigam a prestação de cuidados dos avós para os netos que são crianças destacam algumas características como: crianças mais jovens são as que recebem mais cuidados dos avós por necessitarem de supervisão em período integral e famílias com menor renda mensal, uma vez que os avós assumem as responsabilidades do cuidado à criança para que os pais possam desempenhar as funções profissionais (CARDOSO, BRITO, 2014; DIAS, HORAS, AGUIAR, 2010). Neste estudo, a baixa média de idade apresentada pelas crianças pode ser um indicativo de maior dependência dos idosos para as atividades diárias, uma vez que quanto mais baixa a idade maior é a necessidade de ajuda da criança.

5.2 Caracterização sociodemográfica do idoso cuidador

O perfil do idoso cuidador identificado foi semelhante para os dois grupos, com prevalência de idosos cuidadores do sexo feminino, $G_1=74,3\%$ ($n=191$); $G_2=81,8\%$ ($n=36$), e com vida conjugal $G_1=88,7\%$ ($n=228$) e $G_2=95,5\%$ ($n=42$).

O elevado número de mulheres entre os cuidadores condiz com o que é encontrado em cenário nacional e internacional, em relação aos cuidadores de idosos (NARDI, SAWADA, SANTOS, 2013), e em estudos com avós que prestam cuidados aos netos (RABINOVICH; CAMPOS MOREIRA; FRANCO, 2012). Entre os motivos que explicam este maior número de mulheres como cuidadoras estão os papéis atribuídos à mulher na sociedade e a maior expectativa de vida por elas apresentada.

A figura da mulher como a provedora de cuidados aos membros familiares é sustentada por diferentes questões socioculturais, que conferem a ela a responsabilidade por cuidar e zelar pelos membros familiares, ao passo que ao homem é atribuída a responsabilidade pelo cuidado financeiro (RABELO; NERI, 2014).

Também, a maior expectativa de vida da mulher e consequente maior número de mulheres idosas na população em geral, bem com maior dedicação delas com a saúde estão entre os fatores que levam as mulheres a assumirem as responsabilidades do cuidado aos membros familiares (BANDEIRA; MELO; PINHEIRO, 2010). Ao observar os dados do censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE, 2010), verifica-se que a população brasileira era formada por 190.755.199 milhões de pessoas, e destas 10,8% tinham 60 anos ou mais, sendo que entre a população idosa 55,0% eram mulheres.

Em 2014, no município de São Carlos-SP, o índice de envelhecimento da população foi de 78,9% e os idosos representavam 14,2% da população geral, e 56,6%

pertenciam ao sexo feminino (SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS-SEADE, 2014). Este maior número de mulheres entre os idosos foi denominado “Feminilização da velhice” (BANDEIRA; MELO; PINHEIRO, 2010). Tais dados podem justificar a prevalência de mulheres idosas como cuidadoras nos grupos estudados. A Tabela 2 mostra as variáveis sociodemográficas dos idosos cuidadores do G₁ e G₂.

Tabela 2. Distribuição dos idosos cuidadores segundo as variáveis sociodemográficas dos de idosos cuidadores do G₁ (n=257) e G₂ (n=44). São Carlos, SP, Brasil, 2014.

Variáveis	Total (N=301)	G₁ (N=257)	G₂ (N=44)
	% (n)	% (n)	% (n)
Sexo			
Feminino	75,4% (227)	74,3% (191)	81,8% (36)
Masculino	24,6% (74)	25,7% (66)	18,1% (8)
Idade	68 ^s	69 ^s	65,5 ^{s*}
(em anos)			
60 à 69 anos	56,8% (171)	54,1% (139)	72,7% (32)
70 à 79 anos	31,2% (94)	32,7% (84)	22,7% (10)
80 anos ou mais	12,0% (36)	13,2 % (34)	4,5% (2)
Escolaridade	4 ^s	3 ^s	4 ^s
Estado civil			
Com vida conjugal	89,7% (270)	88,7% (228)	95,5% (42)
Sem vida conjugal	10,3% (31)	11,3% (29)	4,5 (2)
Renda familiar (R\$)			
1 a 2 salários mínimos	36,2% (109)	38,5% (99)	22,7% (10)
3 a 4 salários mínimos	33,9% (102)	33,5% (86)	36,4% (16)
> 4 salários mínimos	22,6% (68)	21,4% (55)	29,5% (13)
Considera esta renda suficiente			
Sim	45,0% (135)	48,2% (124)	25,0% (11)
Não	53,8% (162)	50,2% (129)	75,0% (33)
Reside com			
Conjuge	40,9% (123)	47,8% (123)	-
Conjuge, filhos/enteados	22% (66)	25,3% (65)	2,3% (1)
Conjuge, filhos/enteados, netos, bisnetos	8,6% (26)	3,5% (9)	38,6% (17)
Outros parentes	7,3 (22)	8,2% (21)	2,3 (1)
Outros (Amigos, empregados)	21,2% (64)	15,2 % (39)	56,8% (25)

^smediana* $p \leq 0.05$

Em ambos os grupos houve maior concentração de pessoas na faixa etária dos 60 aos 69 anos de idade. No G₁ a idade variou de 60 à 95 anos e no G₂ houve variação de 60 à 81 anos e os idosos eram mais jovens quando comparados aos idosos cuidadores do G₁ (p=0,02).

No município de São Carlos, os dados mostram que em 2014, de um total de 32.850 idosos, 32% pertenciam à faixa etária entre 60-64 anos de idade, 23,7% de 65-69 anos, 17,1% de 70-74 anos de idade e 27,2% tinham 75 anos ou mais (SEADE, 2014).

Estudos com cuidadores de idosos em geral mostram que a média de idade concentra-se na faixa dos 50 anos, todavia é importante destacar que estes estudos avaliam todos os cuidadores de idosos maiores de 18 anos, e neste estudo em particular avaliamos apenas cuidadores a partir dos 60 anos de idade. Pesquisadores que avaliam cuidadores de idosos chamam a atenção para o elevado percentual de mulheres idosas que estão passando a assumir os cuidados de outros idosos mais dependentes no domicílio (ANJOS; BOERY; PEREIRA et al., 2014; FERREIRA; et al., 2014; OLIVEIRA; CALANDA, 2012; ALEXANDRE; LEMOS, 2011; NARDI; RIGO; BRITO, 2011; LENARDT; WILLIG; SEIMA, 2011) o que confirma a crescente tendência dos idosos como principais fontes provedoras de cuidado na família.

Em relação à diferença na faixa etária entre os cuidadores das crianças, os resultados estão em consonância com a literatura sobre o cuidado intergeracional, que mostra maior número de idosos jovens como cuidadores de crianças (CAMARANO, 2006; OLIVEIRA, 2009; SILVA, 2010; OLIVEIRA; et al., 2015)

Para a escolaridade, a mediana foi superior entre os cuidadores que residiam com crianças (4,1 anos) em comparação com os cuidadores que não residiam

com crianças (3,7 anos). Um estudo que investigou o perfil sociodemográfico de 29 cuidadores familiares de idosos, também encontrou baixo nível de escolaridade, e 37,9% eram analfabetos ou apenas com ensino fundamental (ANJOS; BOERY; PEREIRA, 2014). Uma pesquisa descritivo-exploratória que teve por objetivo avaliar o perfil sociodemográfico de 59 cuidadores de idosos cadastrados em uma USF do município de São Paulo verificou que 71,2% (n=42) tinham entre um e quatro anos de escolaridade (SANTOS; CUNHA, 2013).

Em relação à cor, os grupos apresentaram dados semelhantes. No G₁ os 68,9% (n=177) se autorrelataram brancos, 21,4% (n=55) mulatos, 8,9% (n=23) negros e 0,8% (n=2) amarelos e no G₂ 68,2% (n=30) autodeclararam-se brancos, seguido 20,5% (n=9) mulatos, 9,1 % (n=4) negros e 2,3% (n=1) amarelos.

Quanto à condição econômica, avaliada por meio do salário mínimo vigente no ano de 2014 (R\$ 724) (LEGISLAÇÃO TRABALHISTA, 2014), a renda familiar média do G₁ foi de R\$ 2.248 reais, e mediana de R\$1.800 e 17 pessoas optaram por não responder. No G₂, a média foi de R\$ 2.580, mediana de R\$ 2.172 e 5 cuidadores recusaram-se a responder. No G₁, a renda familiar variou de 1 à 2 salários mínimos, e no G₂, a renda familiar apresentou variação entre 3 e 4 salários mínimos. Quando questionados se consideram esta renda familiar suficiente, 49,8% (n=128) relataram que não no G₁ e 75,0% (n=33) no G₂.

O estudo multicêntrico intitulado Fragilidade em Idosos Brasileiros (FIBRA), que comparou idosos cuidadores em contexto familiar, com idosos não cuidadores, encontrou renda mensal próxima a do presente estudo, com média de 3,8 salários mínimos para os dois grupos (TOMOMITSU; PERRACI; NERI, 2014). Uma pesquisa conduzida com 247 idosos cadastrados nas USF de São Francisco de Sales-

MG, a renda familiar mensal apresentou variação de 1 a 3 salários mínimos (SANTOS et al., 2012).

A renda do idoso pode ser um importante indicativo dos motivos que levam à coresidência intergeracional, assim foi avaliada a renda mensal individual do idoso cuidador, e os grupos não apresentaram diferenças em relação à mediana, que ficou em torno de um salário mínimo. Para o G₁ a média foi de R\$ 918,27, e mediana de R\$ 724,00 e nove pessoas não responderam, e para o G₂ foi de R\$ 848,77, com mediana de R\$ 724,00. Gratão (2010) ao avaliar a renda mensal de idosos que residiam no município de Ribeirão Preto, interior de SP, encontrou média superior às identificadas no presente estudo, R\$ 947,20 mensais.

O número de pessoas que corresidem junto aos idosos cuidadores no G₁ variou de 1 a 8 pessoas, 47,8 % (n=123) dos cuidadores relataram residir somente com o conjugue, e 85,6% (n=220) são proprietários da residência. Entre os cuidadores do G₂, o número de coabitantes variou de três a nove pessoas, 56,8% (n=25) residiam com outros parentes e 86,4% (n=38) afirmaram ser proprietário da casa em que residiam. Loureiro e colaboradores (2013), ao estimarem a prevalência de sobrecarga em 52 cuidadores de idosos, identificaram as seguintes características quanto ao arranjo familiar, média de 4,4 pessoas por domicílio, sendo o arranjo familiar predominante composto por outros parentes, como sobrinhos, primos e outros (38,5%), ou por idoso/filho e neto (n=19 36,5%).

5.3 Condições de saúde do idoso cuidador

O elevado número de atividades diárias exercidas por cuidadores de idosos familiares em geral tem sido associado à piora nas condições de saúde física e

psicológica do cuidador (RODRIGUES et al, 2014). Cabe ressaltar que neste estudo todos os cuidadores eram idosos, e esta é a população mais acometida pelas DCNT, que podem comprometer a funcionalidade e independência para as ABVDs e AIVDs, e prejudicar a rotina de cuidados do cuidador (FERREIRA, et al, 2012).

A avaliação das ABVDs mostrou predomínio de idosos cuidadores independentes. E os dois grupos apresentaram média de 5,8 pontos e mediana de 6 pontos na Escala de Katz ($G_1 = \pm 0,46$; $G_2 = \pm 0,39$). Na análise de associação, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas ($X^2 = 1,958$, $gl = 2$, $p = 0,376$) para os idosos cuidadores que residiam com e sem crianças. A Tabela 3 apresenta a distribuição dos idosos cuidadores segundo o nível de dependência para as ABVDs.

Tabela 3. Distribuição dos idosos cuidadores (n=301) segundo o nível de dependência para ABVDs, para G1 (n=257) e G2 (n=44). São Carlos, SP, Brasil, 2014.

Escala de Katz	Total	G₁	G₂
Nível de dependência	(n=301)	(n=257)	(n=44)
Totalmente independente	87,0% (n=262)	87,9% (n=206)	81,8% (n=36)
Dependência em 1 atividade	12,3% (n=37)	11,3% (n=29)	18,2% (n=8)
Dependência em 2 atividades	7,0% (n=8)	8,0% (n=2)	-

Os dois grupos avaliados mostraram alto nível de independência para todas as atividades, com destaque para os idosos cuidadores do G₂ que apresentaram porcentagem, 18,2% (n=8) de indivíduos dependentes para a atividade de “Continência”. Entre os idosos cuidadores do G₁ a atividade de “Continência”, também foi a que obteve maior número de pessoas dependentes (11,3%; n=29). Neste grupo também houve uma pequena porcentagem de indivíduos dependentes para atividade de vestir-se e realizar transferência. A Tabela 4 representa o nível de independência/dependência dos cuidadores de acordo com cada grupo.

Tabela 4. Distribuição dos idosos cuidadores (n=301) nas ABVDs, segundo o nível de independência/dependência dos grupos G1 (n=257) e G2 (n=44). São Carlos, SP, Brasil, 2014.

Atividades (KAZT)	Independente			Dependente		
	Total (n=301)	G ₁ (n=257)	G ₂ (n=44)	Total (n=301)	G ₁ (n=257)	G ₂ (n=44)
Banhar-se	100% (n=301)	100% (n=257)	100% (n=44)	-	-	-
Vestir-se	99,3% (n=299)	99,2% (n=255)	100% (n=44)	0,7% (n=2)	0,7% (n=2)	-
Ir ao banheiro	100% (n=301)	100% (n=257)	100% (n=44)	-	-	-
Transferência	99,7% (n=300)	99,6% (n=256)	100% (n=44)	0,3% (n=1)	0,4% (n=1)	-
Continência	87,7% (n=264)	88,7% (228)	81,8% (n=36)	12,3% (n=37)	11,3% (n=29)	18,2% (n=8)
Alimentação	100% (n=301)	100% (n=257)	100% (n=44)	-	-	-

A atividade “Continência” representa um importante problema a ser discutido entre profissionais que trabalham com idosos, apesar de baixa a porcentagem de idosos cuidadores que apresentaram dependência para esta atividade, neste estudo, é um fato que merece atenção, por afetar não apenas a saúde física mais também psicológica e ser um indicativo de declínio funcional e fragilidade (MELO; FREITAS; OLIVEIRA et al, 2012; ROIG; SOUZA; LIMA, 2013).

Uma pesquisa brasileira conduzida com 85 idosos cadastrados em USF de um município de Rio Grande, no Rio Grande do Sul analisou quais eram as ABVDs que os idosos apresentavam maior dependência, e encontrou que a atividade continência, seguida da atividade vestir-se foram as que os idosos apresentaram maior dependência, todavia este estudo chama a atenção para o fato de que entre os idosos entrevistados a maioria era mulher que já apresentava incontinência urinária (SANTOS et al., 2013).

Entre os idosos, as mulheres são as principais acometidas por problemas de continência, em especial, pela incontinência urinária. Um estudo transversal e quantitativo realizado com 100 idosos de um hospital universitário no município de Campinas interior de São Paulo avaliou os fatores associados à incontinência urinária em idosos com critérios de fragilidade e encontrou que ser do sexo feminino, perda de mobilidade e infecção do trato urinário são fatores que estão associados à incontinência urinária em idosos com critérios de fragilidade (SILVA; D'ELBOUX, 2012). A predominância de cuidadores idosos do sexo feminino, nos dois grupos, no presente estudo pode ter colaborado para que a atividade continência apresentasse maior porcentagem de pessoas dependentes.

Na avaliação das AIVDs, a maioria dos idosos cuidadores de ambos os grupos apresentam dependência parcial como pode ser observado na Tabela 5. Entre os grupos não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($X^2=139$; $gl=1$; $p=0.709$).

Tabela 5. Distribuição dos idosos cuidadores (n=301) nas ABVDs, dos grupos G1 (n=257) e G2 (n=44). São Carlos, SP, Brasil, 2014.

Escala de Lawton Nível de dependência	Total (n=301)	G₁ (n=257)	G₂ (n=44)
Dependência parcial	58,8% (n=177)	58,4% (n=150)	61,4% (n=27)
Independente	41,2% (n=124)	41,6% (n=107)	38,6% (n=17)

As atividades de vida diária são consideradas essenciais para adaptação independente ao meio ambiente, e a perda destas funções ocorre em geral das mais complexas (AIVDs) para as mais básicas (ABVDs) (BROWN; KURICHI, XIE, 2014; KATZ; FORD; MOSKOWITZ, et al., 1963). Estudos da literatura internacional demonstram que a perda da independência para as AIVDs dobra o risco dos idosos sofrerem quedas (BLOCH, et al., 2010). Em outro estudo, pesquisadores descrevem que o declínio cognitivo e físico em idosos combinados com as limitações nas AIVDs e necessidade de administrar o ambiente em que vivem possa leva-los ao risco de quedas (BROWN, JIBBY, KURICHI, et., al 2010), comprometendo a funcionalidade e levando-os a dependência.

Desta forma, a avaliação das AIVDs representa um ponto importante a ser avaliado, uma vez que pode ser o início da dependência em idosos. Tomomitsu, Perracini e Neri (2014), ao compararem idosos cuidadores com idosos não cuidadores, encontraram características sociodemográficas que se assemelham aos resultados do presente estudo, com a predominância de mulheres idosas e cuidadoras, com idade entre

60-69 anos. No entanto ao avaliarem as AIVDs as autoras encontraram que dos 338 idosos que pertenciam ao grupo de cuidadores 58,0% (n=196) eram independentes.

Neste estudo, apesar de não terem sido identificadas diferenças significativas entre os grupos, em ambos a maioria dos idosos cuidadores eram parcialmente dependentes para alguma atividade instrumental, e este é um dado importante, uma vez que estes idosos ofertam cuidados a outros idosos, ao mesmo que também necessitam de ajuda em atividades cotidianas.

Dentre as atividades instrumentais, o “uso do telefone” foi a que obteve maior porcentagem de pessoas independentes nos dois grupos, e não foi identificada diferença estatisticamente significativa ($X^2=1,278$, $gl=2$, $p=0,528$). Em relação às viagens, apesar de ter um alto índice de pessoas que relataram realizar viagens sozinhas, esta foi a que apresentou maiores porcentagens de pessoas que necessitam de ajuda ou de companhia para viajar. Não foram identificadas diferenças significativas entre os grupos ($X^2=2,36$, $gl=2$, $p=0,885$).

Na atividade “realização de compras” a maioria dos idosos cuidadores dos dois grupos mostrou-se independente ($X^2=0,732$, $gl=2$, $p=0,692$). A atividade de preparar refeições foi que obteve menor número de cuidadores idosos dependentes e entre os grupos não foram identificadas diferenças significativas ($x^2=1,394$, $gl=2$, $p=0,510$).

Para atividade “trabalho doméstico”, foram classificados como independentes cuidadores que referiram realizar qualquer tipo de atividade, incluindo o trabalho pesado e leve. No item “precisam de ajuda” foram inseridos cuidadores que realizavam apenas tarefas leves, e entre os cuidadores que residiam com e sem crianças não foram identificadas diferenças significativas ($x^2=1,283$, $gl=2$, $p=0,527$).

No item “medicamentos”, foram classificados como independentes cuidadores que não necessitam de nenhuma assistência, e na classificação “precisa de ajuda” foram inseridas as pessoas que necessitam de algum lembrete para tomar a medicação. Esta foi a atividade com menor porcentagem de pessoas nos dois grupos, que reportaram não conseguir realizar a atividade sozinho, e não foram encontradas diferenças significativas ($\chi^2=1,041$, $gl=2$, $p=0,594$).

Na atividade “manejo do dinheiro”, foram inseridas na classificação independentes cuidadores que relataram não precisar de ajuda para preencher cheques e pagar contas, e para os dois grupos esta foi a classificação com maior porcentagem ($\chi^2=5,951$, $gl=2$, $p=0,51$). Na Tabela 6, podem ser observadas as atividades que os cuidadores realizam sozinhos, precisam de ajuda, não tem o hábito ou não conseguem realizar.

Tabela 6. Distribuição dos idosos cuidadores (n=301) segundo as AIVDs dos grupos G1 (n=257) e G2 (n=44). São Carlos, SP, Brasil, 2014.

Atividades	Realiza sozinho			Necessita de ajuda			Não tem o Habito/ não consegue realizar		
	Total (n=301)	G ₁ (n=257)	G ₂ (n=44)	Total (n=301)	G ₁ (n=257)	G ₂ (n=44)	Total (n=301)	G ₁ (n=257)	G ₂ (n=44)
Uso do Telefone	91,0% (n=234)	90,3% (n=232)	95,5% (n=42)	5,3% (n=16)	5,8% (n=15)	2,3% (n=1)	3,7% (n=11)	3,9% (n=10)	2,3% (n=1)
Viajar	65,8% (n=198)	65,4% (n=168)	68,2% (n=30)	20,9% (n=63)	21,4% (n=55)	18,2% (n=8)	13,3% (n=40)	13,2% (n=34)	13,6% (n=6)
Realizar compras	71,1% (n=214)	71,6% (n=184)	68,2% (n=30)	18,3% (n=55)	17,5% (n=45)	22,7% (n=10)	10,6% (n=32)	10,9% (n=28)	9,1% (n=4)
Preparar refeições	88,0% (n=265)	87,2% (n=224)	93,2% (n=41)	5,3% (n=16)	15,8% (n=15)	2,3% (n=1)	6,6% (n=20)	7,0% (n=18)	4,5% (n=2)
Trabalho doméstico	75,7% (n=228)	75,1% (n=193)	79,5% (n=35)	18,3% (n=55)	18,3% (n=47)	18,2% (n=8)	6,0% (n=18)	6,6% (n=17)	2,3% (n=1)
Uso de medicamento	94,4% (n=284)	94,6% (n=243)	93,2% (n=41)	4,7% (n=14)	4,3% (n=11)	6,8% (n=3)	1,0% (n=3)	1,2% (n=3)	-
Manejo do dinheiro	78,4% (n=260)	79,8% (n=205)	70,5% (n=31)	8,6% (n=26)	7,0% (n=18)	18,2% (n=8)	13,0% (n=39)	13,2% (n=34)	11,4% (n=5)

Na cidade de São Paulo, um estudo realizado com 340 idosos cadastrados em uma USF avaliou a capacidade funcional dos idosos para o desempenho em AIVDs, e encontrou que a maioria dos idosos era mulher, com idade entre 60-69 anos, residia em lares multigeracionais, apresentava elevado grau de dependência e necessitava de ajuda para realizar as AIVDs. Tomar remédios em doses e horários corretos, cuidar das finanças e realizar trabalhos manuais foram as atividades que apresentaram maior nível de dependência (SANTOS; CUNHA, 2013).

Uma pesquisa realizada com 1.624 idosos com média de 69 anos de idade, e predomínio de mulheres, residentes na região metropolitana de Belo Horizonte-MG, avaliou a associação entre a capacidade funcional e a utilização dos serviços de saúde, e ao avaliar as AIVDs dos idosos encontrou que os mesmos apresentavam maior dependência para realizar as atividades domésticas (FIALHO et al., 2014).

Ao comparar os dados com os estudos anteriormente citados, são encontradas diferenças nos resultados. A maioria dos idosos que não residia com crianças apresentava maior dependência para realizar viagens, e os idosos cuidadores que residiam com crianças apresentavam maior dependência para realizar compras. Estas diferenças entre os grupos estudados e com as pesquisas referidas pode se dar em função dos diferentes contextos sociais em que estão inseridos os cuidadores.

Em um estudo com o objetivo de conhecer o significado de saúde para idosas cuidadoras dos cônjuges idosos, os autores observaram que DCNT como, artrose, hipertensão, visão diminuída e insuficiência cardíaca estão ligadas à perda da capacidade funcional para as atividades de vida diária e autocuidado, assim à medida que o idoso cuidador vai adquirindo incapacidades, aumentam as dificuldades para

prestar o cuidado a si e ao idoso dependente (RODRIGUES; WATANABE; DERNTL, 2006).

Desta forma, um ponto importante a ser analisado em estudos com idosos cuidadores refere-se as questões epidemiológicas. À medida que a população envelhece, uma das questões mais marcantes é a dor, em muitos casos como consequência de DCNT, o que interfere na qualidade de vida e no cuidado (SANTOS et al., 2015).

Nos EUA, a dor é uma das principais causas que leva as pessoas a procurarem o serviço de saúde, e segundo o Instituto de Medicina, no ano de 2011, mais de 100 milhões de americanos relataram ter dor, e os custos do sistema de saúde para o tratamento giraram em torno de US\$ 600 bilhões (VOS et al., 2013).

A atividade de cuidar de outra pessoa exige do cuidador a realização de tarefas múltiplas, o que leva os cuidadores a apresentarem uma saúde física e psicológica mais vulnerável (SILVIA; AZEREDO-PASSOS; BARRETOS, 2012). Entre os cuidadores e idosos, dores na coluna, está entre as principais queixas (AREOSA et al., 2014).

Neste estudo, as doenças que interferem na vida diária mais relatadas pelos idosos cuidadores que não residiam com crianças, foram problema da coluna (34,6% n=89), e para o grupo que residia com criança foram problemas de tontura, labirintite (29,5% n=13), seguido também pelos que relataram dores na coluna 25,0% (n=11). A Tabela 7 mostra as patologias apresentadas pelos idosos cuidadores dos dois grupos que interferem na vida diária.

Tabela 7. Distribuição das patologias apresentadas pelos idosos cuidadores (n=301), dos grupos G1 (n=257), e G2 (n=44) crianças, quanto à interferência na vida diária. São Carlos-SP, Brasil. 2014.

Patologias	G ₁ (n=257)		G ₂ (n=44)	
	Sim		Sim	
	Interfere	Não interfere	Interfere	Não interfere
Artrite	26,8% (n=69)	8,6% (n=22)	20,5% (n=9)	8,3% (n=2)
Diabetes Mellitus	5,8% (n=37)	14,0% (n=36)	20,8% (n=5)	4,5% (n=2)
Depressão	11,3% (n=29)	4,3% (n=11)	4,5% (n=2)	4,5% (n=2)
Acidente Vascular Cerebral	0,8% (n=2)	2,7% (n=7)	9,1% (n=4)	9,1% (n=4)
Doença Cardíaca	6,6% (n=17)	8,9% (n=23)	4,5% (n=2)	4,5% (n=2)
Doença Gastro intestinal	14,4% (n=37)	7,0% (n=18)	2,3% (n=1)	25,0% (n=11)
Doença neurológica	1,2% (n=3)	0,4% (n=1)	-	40,9% (n=18)
Hipertensão arterial	26,5% (n=68)	36,6% (n=94)	22,7% (n=10)	-
Obesidade	9,3% (n=24)	6,2% (n=16)	13,6% (n=6)	2,3% (n=1)
Osteoporose	8,2% (n=21)	5,4% (n=14)	11,4% (n=5)	2,3% (n=1)
Problemas na coluna	34,6% (n=89)	15,2% (n=39)	25,0% (n=11)	6,8% (n=3)
Tontura (labirintite; vertigens)	13,6% (n=35)	9,3% (n=24)	29,5% (n=13)	4,5% (n=2)

Segundo pesquisadores, entre os principais sintomas do cuidador sobrecarregado estão irritabilidade, agressividade, fadiga, dificuldade para relaxar e se concentrar, distúrbios do sono, alteração da memória, baixa autoestima, sintomas depressivos, culpa, impotência, solidão, dores musculares e na coluna (ZARTI, 1980; MASLACH, 2001; ALDWIN, 2007; FERNANDES, 2009).

Em um estudo com objetivo de verificar se o cuidado ao idoso com demência dependente no domicílio aumenta a sobrecarga de cuidados e quais variáveis podem comprometer o autocuidado e a qualidade de vida dos cuidadores; avaliou 58 mulheres cuidadoras que participavam da Associação Brasileira de Alzheimer em Belo Horizonte-MG. Encontrou que entre as doenças mais prevalentes a presença da dor nas costas, problemas de coluna e dores articulares, foram as mais relatadas (SILVIA; PASSOS; BARRETOS, 2012).

O controle de doenças *The Global Burden of Disease Study* (2010) traz que o aumento contínuo da expectativa de vida vai exigir do sistema de saúde, novas respostas eficazes no tratamento a longo prazo e na prevenção de dores (IOM, 2012; GASKIN, 2012).

Na Noruega uma pesquisa mostrou que a prática regular de atividade por pelo menos três vezes durante a semana, reduziu de 10,0 a 12,0% o relato de dor crônica em pessoas com idades entre 20 e 64 anos, e de 21 à 38% entre pessoas acima dos 65 anos (LANDMARK et al., 2011). Assim, profissionais da saúde precisam estar atentos aos sinais e relatos de dores em idosos (SANTOS et al., 2015), e elaborar projetos e programas multidisciplinares para gestão e controle da dor.

A dor e a rotina de cuidados podem interferir na percepção sobre saúde e satisfação com a vida. Quando avaliados na questão: “de um modo geral como o senhor (a) avalia sua saúde no momento atual”, a maioria dos idosos cuidadores que residia sem crianças (55,2% n=142) considera a saúde boa e muito boa, seguidos de 35,4% (n=91) que a consideram regular e 9,4% (n=24) que avaliaram a saúde como ruim/muito ruim. Dos idosos que residiam com crianças 68,2% (n=30) julgaram a própria saúde como boa/muito boa.

Na questão, “como o senhor avalia o cuidado que dedica a sua saúde?”, 70,4% (n=181) dos cuidadores que residiam sem crianças consideram o próprio cuidado com a saúde como bom/muito bom, seguido por 24,1% (n=62) que consideraram regular e 5,1% (n=13) que julgam como ruim/muito ruim. Entre os cuidadores idosos que residiam com crianças, 75,0% (n=33) avaliam o cuidado que dedicavam à saúde como bom/muito bom e 28,2% (n=8) como regular, e nenhum idoso cuidador avaliou o cuidado a saúde como ruim/muito ruim. Estes dados podem ser o reflexo do elevado número de mulheres entre os cuidadores, uma vez que estes dedicam mais tempo ao cuidado com saúde (SILVA; MEANDRO 2014).

Com relação à satisfação global com a vida, os idosos cuidadores foram questionados se se sentiam satisfeitos com sua vida no momento da coleta de dados, e dos 257 idosos cuidadores que não moravam com crianças 74,3% (n=191) relataram estar muito satisfeitos, 20,6% (n=53) estar mais ou menos satisfeitos e 5,1% (n=13) pouco satisfeitos. Entre os 44 idosos cuidadores que residiam com crianças, 63,6% (n=28) responderam estar muito satisfeitos, 27,1% (n=12) mais ou menos satisfeitos e 9,1% (n=4) pouco satisfeitos. O fato de indicarem elevado nível de satisfação com a vida é importante, pois pode auxiliar positivamente na rotina de cuidados e nas relações

intergeracionais, além de ser bom para saúde psicológica do cuidador, uma vez que pode aumentar o nível de resiliência, e auxiliá-lo na adaptação à rotina de cuidados diários.

5.4 Caracterização sociodemográfica do idoso receptor de cuidados e do contexto de cuidado ao idoso

Os dados de caracterização sociodemográfica dos idosos receptores de cuidado mostraram que nos dois grupos avaliados, a maioria dos idosos pertencia ao sexo masculino, tanto para G₁, que residiam sem crianças (66,9% n=172), quanto para o G₂ que residiam com crianças (77,3% n=34).

No G₁, a idade variou de 60 a 102 anos, e houve maior concentração de idosos receptores de cuidado (40,1%; n=103) na faixa etária dos 70-79 anos de idade e a mediana de idade deste grupo foi de 73 anos e 83,0% (n=213) tinham vida conjugal. Quando questionados sobre o grau de escolaridade, quatro pessoas (1,6%) não responderam, e 49,8% (n=128) haviam cursado o ensino fundamental completo.

No G₂, a idade variou de 60 a 92 anos, a maioria (52,2%; n=23) tinha entre 60 a 69 anos de idade, com mediana de 69 anos, 93,2% (n=41) com vida conjugal e a maioria havia frequentado o ensino fundamental (47,7%; n=21).

Tabela 8. Distribuição dos idosos receptores de cuidado (n=301) quanto as variáveis sociodemográfica do G1 (n=257) e G2 (n=44). São Carlos, SP, Brasil, 2014.

Variáveis		Total (n=301)	G₁ (n=257)	G₂ (n=44)
Sexo				
Masculino		67,5%	66,9%	77,3%
Feminino		31,1%	33,1%	22,7%
Idade	Mediana (em anos)	73	73	69
69 a 69 anos		35,9%	33,1%	52,2%
70 a 79 anos		39,9%	40,1%	38,7%
80 anos ou mais		24,2%	26,8%	9,1%
Estado Civil				
Com vida conjugal		83,3%	83,0%	93,2%
Sem vida conjugal		15,5%	17,0%	6,8%
Escolaridade	Mediana (em anos)	3	3	4
Nunca frequentou a escola		31,1%	31,5%	31,8%
Curso de alfabetização		1,3%	1,6%	-
Primário		48,9%	49,8%	47,7%
Ginásio		7,9%	7,8%	9,1%
Curso superior		13,5%	7,7%	11,3%

O perfil do idoso receptor de cuidados identificado foi semelhante entre os dois grupos, com prevalência do sexo masculino, com vida conjugal estável, baixa escolaridade, e com mediana de idade acima da mediana apresentada pelos idosos cuidadores. Estes dados são compatíveis com outros estudos que também encontraram maior número de homens idosos que recebem cuidados de mulheres, normalmente cônjuges, que são mais jovens que eles, e apresentam entre um e quatro anos de escolaridade (OLIVEIRA, CALANDA, 2012; INAGAKI et al., 2013; LIU et al., 2015).

Duarte et al. (2010), no estudo Saúde, Bem estar e Envelhecimento (SABE), verificaram que 45,0% dos cuidadores primários têm idade igual ou superior a 65 anos, com 47,4% são cuidadores cônjuges de idade igual ou superior a 75 anos. Tais dados reforçam ainda mais o papel da mulher como a principal cuidadora em diferentes culturas, de modo que cuidar do familiar idoso dependente passou a ser uma tarefa social por elas assumida (INAGAKI et al., 2015).

A dependência para as atividades básicas e instrumentais de vida diária representa nos idosos uma importante avaliação da capacidade funcional, a perda da independência inicia-se normalmente com a perda da habilidade para realizar as atividades instrumentais e ao longo do tempo podem evoluir para prejuízo das atividades básicas.

A avaliação das ABVDs apresenta pontuação que pode variar de 0 a 6 pontos, e os idosos receptores de cuidado do G₁ e G₂ obtiveram média de 5 pontos (G₁= ±1,7 e G₂= ±1,6) e mediana de 6 pontos. No G₁, 68,5% (n=176) eram independentes, seguido pelos dependentes em uma ABVD (12,1%; n=31). E no G₂, 68,2% (n=30) da

amostra eram totalmente independentes, seguidos pelos que eram dependentes em uma ABVD (9,1%, n=4). A partir do teste X^2 foi verificado que não há diferenças entre G_1 e G_2 ($X^2 = 2,617$; gl=6; p=0.855).

Tabela 9. Distribuição dos idosos receptores de cuidado (n=301) por nível de dependência para ABVDs dos grupos G1 (n=257) e G2 (n=44). São Carlos, SP, Brasil, 2014.

Escala de Katz	Total (n=301)	G₁ (n=257)	G₂ (n=44)
Nível de dependência			
Totalmente independente	68,4% (n=206)	68,5% (n=176)	68,2% (n=30)
Dependência em uma atividade	11,6% (n=35)	12,1% (n=31)	9,1% (n=4)
Dependência em 2 atividade	4,0% (n=12)	3,5% (n=9)	6,8% (n=3)
Dependência em 3 atividade	3,0% (n=9)	2,7% (n=7)	4,5% (n=2)
Dependência em 4 atividade	3,7% (n=11)	3,5% (n=9)	4,5% (n=2)
Dependência em 5 atividade	4,3% (n=13)	4,3% (n=11)	4,5% (n=2)
Dependência em 6 atividade	5,0% (n=15)	5,4% (n=14)	2,3% (n=1)

Associação X^2

Observa-se que com relação às ABVDs os idosos apresentaram maior nível de dependência no item “Continência”, que avalia o controle sobre as eliminações, seguida pela atividade de vestir-se sozinho, nos dois grupos.

Na Tabela 10 encontram-se descritas as atividades avaliadas no Índice de Katz e a porcentagem de dependência para cada uma das atividades. Não foram identificadas diferenças significativas entre as porcentagens para os grupos de idosos ($\chi^2=1,015$; $gl=1$; $p=0,314$).

Tabela 10. Distribuição dos idosos receptores de cuidado (n=301) segundo as ABVDs, dos grupos G1 (n=257) e G2 (n=44). São Carlos, SP, Brasil, 2014.

Atividades (KAZT)	Independente			Dependente		
	Total (n=301)	G ₁ (n=257)	G ₂ (n=44)	Total (n=301)	G ₁ (n=257)	G ₂ (n=44)
Banhar-se	82,1% (n=247)	85,0% (n=210)	84,1% (n=37)	17,9% (n=54)	18,3% (n=47)	15,9% (n=7)
Vestir-se	80,1% (n=241)	80,2% (n=206)	79,5% (n=35)	19,9% (n=60)	19,8% (n=51)	20,5% (n=9)
Ir ao banheiro	86,4% (n=260)	86,4% (n=222)	86,4% (n=38)	13,6% (n=41)	13,6% (n=35)	13,6% (n=6)
Transferência	88,0% (n=265)	87,5% (n=225)	90,9% (n=40)	12,0% (n=36)	12,5% (n=32)	9,1% (n=4)
Continência	76,1% (n=229)	76,7% (n=197)	72,7% (n=32)	23,9% (n=72)	23,3% (n=60)	27,3% (n=12)
Alimentação	92,7% (n=279)	92,2% (n=237)	95,5% (n=42)	7,3% (n=22)	7,8% (n=20)	4,5% (n=2)

X²

Os idosos de ambos os grupos apresentaram baixo nível de dependência para as atividades básicas, e a atividade para qual se mostraram mais dependentes foi na Continência. Este é um dado que chama a atenção, pois ao nos reportarmos para avaliação das atividades básicas de vida diária dos idosos cuidadores, vemos que estes apesar de terem apresentado maior nível médio de independência na escala geral, entre as atividades a “Continência” também foi o item que apresentou maior percentual de dependência. Assim, idosos cuidadores e receptores de cuidado estão apresentando características de dependência semelhante para as ABVDs.

Na avaliação das AIVDs, pode-se verificar semelhanças entre os dois grupos. O G₁ apresentou média de 13,5 pontos ($\pm 4,0$) e mediana de 14 pontos, a pontuação total variou de sete a 20 pontos. A maioria 85,2% (n=219) era parcialmente dependente de seus cuidadores para as AIVDs e, 14,8% (n=38) eram totalmente dependentes. Entre os idosos do G₂, a média foi 14 pontos ($\pm 3,8$), mediana de 14,5 pontos, a pontuação geral variou de sete a 20 pontos, 90,9% dos sujeitos se mostram parcialmente dependentes para AIVDs e 9,1% eram totalmente dependentes.

Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos ($X^2=1,015$; gl=1; p=0.314). A Tabela 11 mostra a frequência do nível de dependência dos idosos que residem sem crianças e idosos que residem com crianças para as AIVDs.

Tabela 11. Frequência do nível de dependência para AIVDs dos idosos receptores de cuidado (n=301) dos grupos G1 (n=257) e G2 (n=44). São Carlos, SP, Brasil, 2014.

Nível de dependência	Total (n=301)	G₁ (n=257)	G₂ (n=44)
Dependência total	14,0% (n=42)	14,8% (n=38)	9,1% (n=4)
Dependência parcial	86,0% (n=259)	85,2% (n=219)	90,9% (n=40)

Entre as atividades que compõem o instrumento para avaliação das AIVDs, o G₁ apresentou maior dependência na categoria não consegue ou não tem o hábito de preparar a refeição (66,9%; n= 172), seguida pelo trabalho doméstico (59,9%; n= 154). Os idosos do G₂ apresentaram maior nível de dependência na atividade realizar compras (61,4%; n= 27), seguida pelo preparo de refeições (59,1%; n= 26).

A atividade em que maioria dos idosos de ambos os grupos obteve maior porcentagem na categoria “realiza sozinho” foi no item uso de medicamentos (G₁= 62,6%, n=161 e G₂ 70,5%, n=31). Na Tabela 12 podem ser observadas as atividades para as quais cada grupo de idosos apresentava dependência.

Tabela 12. Distribuição dos idosos receptores de cuidado (n=301) segundo as AIVDs dos grupos G1 (n=257) e G2 (n=44). São Carlos, SP, Brasil, 2014.

Atividades	Realiza sozinho			Necessita de ajuda			Não tem o Hábito/ ou não consegue realizar		
	Total (n=301)	G ₁ (n=257)	G ₂ (n=44)	Total (n=301)	G ₁ (n=257)	G ₂ (n=44)	Total (n=301)	G ₁ (n=257)	G ₂ (n=44)
Uso do Telefone	57,5% (n=173)	55,6% (n=143)	68,2% (n=30)	14,3% (n=43)	13,6% (n=35)	18,2% (n=8)	27,9% (n=85)	30,7% (n=79)	13,6% (n=6)
Viajar	38,5% (n=116)	38,9% (n=100)	36,4% (n=16)	25,9% (n=78)	25,7% (n=66)	27,3% (n=12)	35,5% (n=107)	35,4% (n=91)	36,4% (n=16)
Realizar compras	31,6% (n=95)	32,3% (n=83)	27,3% (n=12)	18,9% (n=57)	20,2% (n=52)	11,4% (n=5)	45,9% (n=149)	45,5% (n=122)	61,4% (n=27)
Preparar refeições	20,9% (n=63)	19,8% (n=51)	27,3% (n=12)	13,3% (n=40)	13,2% (n=34)	13,6% (n=6)	65,8% (n=198)	66,9% (n=172)	59,1% (n=26)
Trabalho doméstico	17,9% (n=54)	17,1% (n=44)	22,7% (n=10)	23,3% (n=70)	23,0% (n=59)	25,0% (n=11)	58,8% (n=177)	59,9% (n=154)	52,3% (n=23)
Uso de medicamento	63,8% (n=192)	62,6% (n=161)	70,5% (n=31)	16,3% (n=49)	16,7% (n=43)	13,6% (n=6)	19,9% (n=60)	20,6% (n=53)	15,9% (n=7)
Manejo do dinheiro	40,5% (n=122)	40,9% (n=105)	38,6% (n=17)	11,6% (n=35)	10,5% (n=27)	18,2% (n=8)	47,8% (n=144)	48,6% (n=125)	43,2% (n=19)

Ao avaliar as atividades para quais os idosos apresentam maior nível de dependência dos cuidadores, verifica-se que são em atividades que por muito tempo foram consideradas como função da mulher. Desta forma estes dados podem indicar neste estudo uma dependência mais por questões culturais, com prevalência de homens que são predominantemente cuidados por mulheres e apresentam maior dependência de cuidados para as atividades de preparar refeições e realizar os trabalhos domésticos.

Na caracterização do contexto de cuidado, nos dois grupos houve predomínio de idosos que recebiam cuidados prestados por seus cônjuges ($G_1= 82,8\%$, $n=213$ e $G_2=93,1\%$, $n=41$). Na literatura, os estudos apontam que a maioria dos cuidados ofertados aos idosos prove de filhas, seguida de esposa (FIGUEIREDO; LIMA; SOUZA, 2012; TOMOMITSU; PERRACINI; NERI, 2013).

Ao realizarem um estudo de revisão que versou sobre a produção científica sobre o cuidador familiar de idoso, os pesquisadores mostraram que no Brasil, ainda há maior percentual de idosos que recebem cuidados de filhas e noras, porém este é um cenário que vem se modificando e converge para crescente número de cuidadores cônjuges (OLIVEIRA; DÉLBOUX, 2012). Pesquisadores do projeto multicêntrico Fragilidade em Idosos Brasileiros (FIBRA) detectaram elevado número de cuidadores cônjuges de idosos (NERI et al., 2013).

O tempo médio de cuidado, avaliado pelos anos que o cuidador presta cuidados ao idoso, foi semelhante para os dois grupos. No G_1 , a mediana foi seis anos, com variação entre zero e 56 anos, e para o G_2 a mediana foi de sete anos, e variação de um a 51 anos. Sobre o tempo diário de cuidado, o G_1 e G_2 apresentaram mediana de quatro horas diárias de cuidado, o G_1 variou de zero à 24 horas diárias e o G_2 de zero a

22 horas. Com relação aos dias da semana em que prestam cuidados ao idoso (incluindo finais de semana) dois grupos apresentaram média de 6 dias por semana.

Estudos anteriores encontraram tempo de cuidado diário mais elevado que variam de 18 a 24 horas diárias e apresentam média superior a 15 horas diárias de cuidado ao idoso, comparado ao do presente estudo, cabe ressaltar que os estudos citados, os idosos receptores de cuidado apresentavam maior grau de dependência para as atividades de vida diária, o que pode ter contribuído para a diferença encontrada no tempo de cuidado (ANJOS et al., 2014; SILVIA; PASSOS; BARRETOS, 2012; GRATÃO et al., 2012).

Nos estudos supracitados, entre os pontos positivos da prestação de cuidados, o cuidador cita receber a ajuda de outras pessoas no cuidado ao idoso. No presente estudo os cuidadores foram questionados sobre a recepção de ajuda emocional e financeira para oferecer o cuidado. Os cuidadores que residiam com crianças relataram receber mais ajuda emocional e afetiva (63,6% n=28), o que pode ser uma característica de lares intergeracionais por haver a presença de diferentes faixas etárias residindo junto, e culminar no maior apoio afetivo e emocional. No G₁, 55,6% (n=143) relataram não receber este tipo de ajuda. Quanto à ajuda prestada por entidades, no G₁ 38,1% (n= 98) relataram receber ajuda de entidades de saúde, e os cuidadores do G₂ reportaram receber ajuda de grupos religiosos (63,6% n=28).

Os idosos cuidadores foram questionados sobre o gasto mensal que têm com o cuidado prestado ao idoso e os dados revelam que a média de gasto mensal dos idosos cuidadores do G₂ é superior, R\$ 278,00, com variação de R\$0,00 à R\$ 6.000,00, e mediana de R\$50,00 e o G₁ R\$ 171,00 com variação de R\$0,00 à R\$ 2.000,00, e mediana de R\$ 50,00. Na Tabela 13, podem ser verificados os dados de caracterização

do cuidado dos idosos cuidadores que residem com e sem crianças, bem como a amostra total.

Tabela 13. Distribuição dos idosos cuidadores segundo as variáveis de caracterização do cuidado dos idosos cuidadores (n=301) dos grupos G1 (n=257) e G2 (n=44). São Carlos, SP, Brasil, 2014.

Variáveis	Total N=301	G₁ N=257	G₂ N=44
Grau de parentesco			
Conjuge	84,3% (n=254)	82,9% (n=213)	93,1% (n=41)
Pai/Mãe	8,0% (n=24)	8,9% (n=23)	2,3% (n=1)
Sogro/Sogra	2,3% (n=7)	2,3% (n=6)	2,3% (n=1)
Irmão/Irmã	3,8% (n=11)	3,9% (n=10)	2,2% (n=1)
Outro	1,6% (n=5)	2,0% (n=5)	0,0% (n=0)
Tempo de cuidado (anos)*	6	6	7
Horas por dia de cuidado*	4	4	4
Recebe ajuda			
Material/Financeira	16,6% (n=50)	16,7% (n=43)	15,9% (n=7)
Emocional	47,1% (n=142)	44,3% (n=114)	63,6% (n=28)
Grupos religiosos	13,3% (n=40)	4,7% (n=12)	63,6% (n=28)
Instituição de saúde	33,2% (n=100)	38,1% (n=98)	4,5% (n=2)
Serviço de assistência social	8,6% (n=29)	4,0% (n=10)	45,5% (n=20)

*mediana

Os idosos cuidadores foram questionados quanto à participação em cursos de preparo para exercer a função de cuidar. Em ambos os grupos houve prevalência (96,1% no G₁ e 100% no G₂) de idosos cuidadores que nunca participaram de cursos para cuidadores de idosos.

Para verificar as atividades em que os idosos eram dependentes dos cuidadores, foram elencadas onze atividades cotidianas que fazem parte da atividade de um cuidador de idoso, e foi solicitado ao cuidador que respondesse se ele ajudava ou não o idoso a realizar tal atividade, ajudava com auxílio de outro cuidador (ajuda compartilhada), ou ainda se era outra pessoa (que não o cuidador avaliado) que ajudava o idoso a realizar a atividade.

A análise dos dados do G₁ e do G₂ mostrou que as atividades para as quais idosos receptores de cuidado mais dependiam do cuidador foram: preparo da alimentação, e em tarefas domésticas o que caracteriza maior dependência em AIVDs. Os dados referentes às atividades para as quais os cuidadores prestam ajuda ou ajuda compartilhada aos idosos receptores de cuidado encontram-se na Tabela 14.

Tabela 14. Distribuição segundo as atividades de vida diária que os idosos cuidadores (n=301) dos grupos G1 (n=257) e G2 (n=44), ajudam o idoso receptor de cuidados a realizar ou tem ajuda compartilhada. São Carlos, SP, Brasil, 2014.

Atividades	Total (N=301)		G ₁ (N=257)		G ₂ (N=44)	
	Ajuda	Ajuda compartilhada	Ajuda	Ajuda compartilhada	Ajuda	Ajuda compartilhada
Higiene	11,3%	3,7%	11,3%	3,5%	9,1%	4,5%
Vestir-se	13,3%	3,0%	13,2%	3,1%	13,6%	2,3%
Eliminações	8,0%	3,3%	8,2%	3,5%	6,8%	2,3%
Transferência	9,6%	3,3%	10,1%	3,1%	6,8%	4,5%
Comer	4,3%	2,0%	4,3%	1,6%	4,5%	4,5%
Preparo do alimento	77,7%	4,7%	77,8%	4,7%	77,3%	4,5%
Medicação	35,9%	4,0%	38,1%	4,3%	22,7%	2,3%
Levar a consulta médica	47,2%	14,3%	47,5%	15,2%	45,5%	9,1%
Tarefas domésticas	71,1%	10,6%	72,4%	10,1%	63,6%	13,6%
Manuseio do dinheiro	42,2%	3,7%	47,9%	3,9%	43,2%	2,3%
Atividades terapêuticas	48,2%	11,3%	48,2%	11,7%	47,7%	9,1%

Das atividades em que o idoso cuidador oferta ajuda compartilhada para o idoso, a que obteve maior porcentagem entre os cuidadores do G₁ foi “Levar a consulta médica” (15,2% n=39), seguida de “atividades terapêuticas” (11,7% n=30). No G₂, a atividade “tarefas domésticas” obteve maior porcentagem de ajuda compartilhada (13,6% n=6), seguida pelas atividades “levar a consulta médica” e “atividades terapêuticas” (9,1% n=4, cada). Os cuidadores idosos que reportaram receber ajuda compartilhada foram questionados quanto a satisfação. Os idosos cuidadores do G₁, recebiam ajuda para as atividades de: higiene, vestir-se, levar a consulta médica, trabalhos domésticos e atividades terapêuticas, 2,3% (n=1) dos cuidadores relataram não se sentirem satisfeitos com o auxílio recebido. Entre os cuidadores do G₂, 100% (n=44) referiram estarem satisfeitos com a ajuda.

A Tabela 15 mostra a porcentagem para cada atividade na qual o idoso receptor de cuidado realiza sozinho ou com a ajuda de outro cuidador. E nos dois grupos avaliados os idosos receptores de cuidado foram mais independentes para as ABVDs. A atividade que obteve maior porcentagem de idosos receptores de cuidado foi “comer” nos dois grupos avaliados.

Tabela 15. Distribuição dos idosos receptores de cuidado (n=301) segundo as atividades que o realiza sozinho ou recebe a ajuda de outro cuidador, dos grupos G1 (n=257) e G2 (n=44). São Carlos, SP, Brasil 2014.

Atividades	Total (N=301)		G ₁ (N=257)		G ₂ (N=44)	
	Faz sozinho	Outro Cuidador	Faz sozinho	Outro cuidador	Faz sozinho	Outro cuidador
Higiene	81,1%	4,3%	80,5%	4,7%	84,1%	2,3%
Vestir-se	79,1%	4,7%	78,6%	5,1%	81,8%	2,3%
Eliminações	86,0%	2,7%	86,0%	2,3%	86,4%	4,5%
Transferência	85,7%	1,3%	85,6%	1,2%	86,4%	2,3%
Comer	91,7%	2,0%	92,2%	1,9%	88,6%	2,3%
Preparo do alimento	10,3%	7,3%	10,1%	7,4%	11,4%	6,8%
Medicação	55,1%	5,0%	52,5%	5,1%	70,5%	4,5%
Levar a consulta médica	21,3%	17,3%	20,2%	27,1%	27,3%	18,0%
Tarefas domésticas	9,0%	9,3%	8,9%	8,6%	9,1%	13,6%
Manuseio do dinheiro	38,9%	10,3%	37,7%	10,5%	4,5%	9,1%
Atividades terapêuticas	24,9%	15,6%	24,9%	15,2%	25,0%	18,2%

5.5 A sobrecarga, o otimismo e as estratégias de enfrentamento dos idosos cuidadores

Ao analisar o nível de sobrecarga dos idosos cuidadores, na Tabela 16, os pontos de corte foram estratificados em: pequena sobrecarga, moderada a severa sobrecarga e severa sobrecarga. Dentre os idosos cuidadores avaliados, tanto para os grupos G₁ e G₂, o nível de sobrecarga identificado foi pequeno.

Tabela 16. Nível de sobrecarga dos idosos cuidadores (n=301), dos grupos G₁ crianças (n=257) e G₂ (n=44). São Carlos, SP, Brasil. 2014.

Nível de sobrecarga	Total (n=301)	G₁ (n=257)	G₂ (n=44)
Pequena sobrecarga (0-20 pontos)	66,1% (n=199)	67,7% (n=174)	56,8% (n=25)
Moderada à severa sobrecarga (21-60 pontos)	23,9% (n=72)	23,9% (n=60)	27,3% (n=12)
Severa sobrecarga (61-88 pontos)	10,0% (n=30)	8,9% (n=23)	15,9% (n=7)

Em relação às medianas e médias apresentadas, a maior mediana apresentada foi entre cuidadores idosos que residiam com crianças (17,5 pontos), enquanto os cuidadores que não residiam com crianças apresentaram mediana de 14 pontos.

Entre os idosos cuidadores que residiam sem crianças no domicílio, o menor a variação foi de zero a 76 pontos. Para os idosos cuidadores que residiam com crianças, de 2 a 66 pontos.

Na Tabela 17, podem ser observadas as medianas e médias da sobrecarga de acordo com os grupos G₁ e G₂.

Tabela 17. Medianas e médias apresentadas na Escala de Sobrecarga de Zarit entre os idosos cuidadores (n=301) dos grupos G1 (n=257) e G2 (n=44). São Carlos, SP, Brasil. 2014.

	Mediana	Média	Dp
Total (n=301)	15,0*	18,0	14,6
Reside sem criança (n=257)	14,0*	17,0	14,0
Reside com criança (n=44)	17,5*	23,5	16,5

*Distribuição não paramétrica

Na Austrália, pesquisadores que utilizaram a Escala de Sobrecarga de Zarit, examinaram a prevalência e os preditores de sobrecarga em 732 cuidadores de idosos, que haviam iniciado a atividade de cuidado há três, seis, 12 e 24 e, encontraram que os níveis de sobrecarga moderado passaram de 22,9 pontos no início do estudo para 25,5 após seis meses e 27,7 pontos após 12 meses de cuidado. Os preditores da sobrecarga foram: sintomas comportamentais do idoso, uso de medicamentos antipsicóticos e antidepressivos e declínio funcional mais acentuado (BRODAY et al., 2014).

No sul de Taiwan, foi utilizada a Escala de Sobrecarga de Zarit para analisar a sobrecarga e prever fatores que afetam a sobrecarga de 108 cuidadores com média de 74 anos de idade e predominância do sexo feminino. A média de sobrecarga identificada foi de 25,1 pontos e verificou-se que quanto maior o nível de dependência do idoso maior era a sobrecarga do cuidador (CHEN; CHEN; CHU, 2015).

No Brasil, recentes estudos realizados em diferentes regiões, que analisaram a sobrecarga de cuidadores de idosos, revelaram médias superiores as encontradas nos dois grupos analisados no presente estudo. Em um estudo realizado na região de Ribeirão Preto, interior de São Paulo, os pesquisadores propuseram identificar a dependência funcional de idosos e a sobrecarga dos cuidadores. Houve prevalência de cuidadores do sexo feminino com média de 56 anos de idade e média de 27,8 pontos na escala Zarit, o que indica nível moderado de sobrecarga (GRATÃO et al., 2013).

Uma pesquisa realizada em um município no norte do Paraná com 157 cuidadores, a maioria mulher, com média de 56,7 anos de idade e 45,4% dos cuidadores acima de 60 anos, identificou a associação entre a capacidade funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador familiar e identificou que 53,3% tinham sobrecarga moderada com média de 30,6 pontos no Inventário de sobrecarga de Zarit. Foi verificado que menor nível de dependência funcional relacionou-se ao menor nível de sobrecarga no cuidador (NARDI, SAWADA, SANTOS, 2013).

Um estudo epidemiológico estimou a sobrecarga em 52 cuidadores familiares e suas relações com as condições de saúde e capacidade funcional de idosos dependentes que residem no município de João Pessoa, na Paraíba, e encontrou pontuação média de 31 pontos na escala de sobrecarga, indicando nível moderado de sobrecarga. Os autores encontraram nível mais elevado de sobrecarga entre cuidadores de idosos que apresentavam maiores níveis de dependência física e cognitiva e maior número de comorbidades (LOUREIRO et al., 2014).

Observa-se tanto em estudos nacionais quanto internacionais, que a presença de déficits cognitivos, demências e maiores níveis de dependência funcional nos idosos implicam em maiores níveis de sobrecarga no cuidador. Assim, quanto maior a dependência e perda de autonomia do idoso, maior será a demanda de cuidados (WACHOLZ, SANTOS, WOLF, 2013; ANJOS et al., 2014).

Não foram identificados estudos que comparassem os níveis e médias de sobrecarga de cuidadores que prestavam cuidados a idosos e a crianças no domicílio. Assim acredita-se que a diferença na mediana da sobrecarga entre os cuidadores do G₁ e G₂ pode ter ocorrido em função do maior número de atividades exercidas pelos idosos cuidadores que residiam com as crianças, uma vez que a maioria dos idosos cuidadores relatou auxiliar no cuidado à criança, o que pode levar ao excesso de demandas e

sobrecarregá-los quando comparados a idosos cuidadores que prestam cuidados apenas ao idoso.

Com relação à frequência de respostas positivas e negativas dos idosos cuidadores que não residem com crianças (n=257) em cada questão da escala, foi observada maior número de respostas (62,3% n=160) para a categoria “nunca” na questão “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?”. A categoria “sempre” obteve maior frequência (47,5% n=122) nas questões “O Sr/Sra sente que S* depende do Sr/Sra?” e “O Sr/Sra se sente tenso (a) quando S* esta por perto?”. Na última questão que se refere ao quanto os idosos cuidadores se sentem sobrecarregados, 64,2% (n=165) reportaram “nunca”, seguido por 14,4% (n=37) que relataram “frequentemente”.

Entre os 44 idosos cuidadores que residiam com crianças, a maior frequência de respostas (86,4% n=38) na categoria “nunca” foi obtida nas seguintes questões: “O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuida-se de S*?” e “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?”. Para a categoria “sempre” uma alta frequência de cuidadores (59,1% n=26) reportaram “sentir-se tenso quando S* está por perto”. Na questão referente ao quanto os cuidadores sentem-se sobrecarregados com o cuidado, a maioria reportou não se sentir “nem um pouco sobrecarregado” por estar cuidando.

A partir da análise de frequência das respostas dos dois grupos de idosos cuidadores, verifica-se que as situações descritas na Escala de Sobrecarga de Zarit, não indicaram alto nível de sobrecarga nos cuidadores, todavia, em questões que se referem ao receio que o cuidador sente em relação ao futuro do idoso receptor de cuidado, ocorreram maiores frequências de respostas “frequentemente” e “sempre”.

Gratão (2010), ao analisar a frequência de respostas obtidas na avaliação da Sobrecarga por meio da Escala de Zarit para 124 cuidadores de idosos, encontrou que os maiores potenciais geradores de sobrecarga nos cuidadores foram às questões “sentir receio pelo futuro do idoso” e “sentir que o idoso é dependente do cuidador”.

Os cuidadores familiares assumem papel essencial no cuidado e bem estar dos idosos receptores de cuidado, e os profissionais da saúde devem estar atentos para a importância do cuidador. Devem fornecer informações aos mesmos, para que estes sejam parceiros na assistência ao idoso, e formular ações que tenham por objetivo promover o equilíbrio entre demanda de cuidado e apoio fornecido pelo cuidador com vistas a minimizar os impactos negativos de trabalho de cuidador, em especial em famílias intergeracionais, em que o idoso cuidador pode estar sobrecarregado pelo excesso de atividades competitivas.

Pesquisadores relatam que os idosos estão frequentemente expostos a diferentes acontecimentos, como, proximidade com a morte e falecimento de entes e amigos próximos, aposentadoria, declínio da capacidade funcional, mudanças de papel na estrutura familiar, entre outros, e que podem levá-los a situações de estresse, tristeza e depressão. Nestes contextos, o nível de otimismo pode auxiliá-los na busca por estratégias de enfrentamento mais eficazes, e por isso destacam a importância da avaliação do otimismo em idosos (JU et al., 2013).

Ao avaliar o otimismo dos idosos cuidadores, nas frequências de respostas foram identificadas diferenças entre os grupos. No G₁, a maior frequência (60,3% n=155) de respostas negativas foi analisada no item “Sinto que minha vida mudou para melhor”, e maior frequência (74,7% n=192) de respostas positivas na categoria “plenamente de acordo” na questão: “Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida”.

Para os idosos cuidadores que residiam com crianças, a maior frequência (65,9%, n=29) de respostas negativas (discordo totalmente) foi obtida na questão: “Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida” e a maior frequência (90,9%, n=40) de respostas positivas (plenamente de acordo) foi apresentada na questão “Sinto que minha vida mudou para melhor”.

Os dados analisados refletem as divergências entre os dois grupos, que podem ser reflexo dos diferentes ambientes culturais em que ambos estão inseridos. Cabe destacar que em ambos os grupos houve maior presença de respostas positivas do que negativas.

Em um estudo, em que os pesquisadores avaliaram 127 adultos e idosos renais crônicos em tratamento hemodialítico, por meio da escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro, os autores encontraram maior frequência de respostas positivas na questão “Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida” e maior frequência de respostas negativas para questão “Sinto que minha vida mudou para melhor” (OTTAVIANI et al., 2014). Estes dados estão em consonância ao que foi encontrado no grupo de idosos cuidadores que residem sem crianças.

A alta frequência de respostas “plenamente de acordo”, traduz-se em uma mediana elevada para dos dois grupos, 3,70 pontos para os idosos que não residem com crianças e 4,0 pontos para os idosos que residem com crianças. Na Tabela 18 podem ser observadas as medianas, médias e o desvio padrão, apresentados pela amostra total de idosos cuidadores (n=301), e entre os idosos cuidadores que não residiam com crianças (n=257) e que residiam com crianças (n=44).

Tabela 18. Distribuição das medianas e médias do domínio “Esperança e Otimismo” da Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais Ribeiro, entre os idosos cuidadores (n=301) dos grupos G1 (n=257) e G2 (n=44). São Carlos, SP, Brasil. 2014.

	Mediana	Média	Dp
Total (n=301)	3,7*	3,3	0,7
G₁ (n=257)	3,7*	3,3	0,7
G₂ (n=44)	4,0*	3,4	0,7

*Distribuição não paramétrica

Em estudos internacionais, o otimismo tem sido avaliado em diferentes cenários, e os autores têm observado melhor saúde física e bem estar em pessoas mais otimistas. Pesquisadores apontam que resultados favoráveis no nível de otimismo resultam em estratégias de enfrentamento mais eficazes, uma vez que tendem a agir de forma mais proativa para lidarem diretamente com a fonte do problema a que causa desconforto (OTTENHEIM et al., 2013; VILHENA et al., 2014).

Uma pesquisa realizada em Seoul, com 252 mulheres idosas sem indícios de alterações cognitivas, que residiam na comunidade e tinham média de idade de 72,9 anos foram avaliadas com propósito de identificar se o sentido de vida era capaz de mediar à associação entre bem estar subjetivo e otimismo, por meio do Teste de Orientação para Vida (TOV-R). Os resultados mostraram que idosas com atitudes mais otimistas em relação ao futuro, são mais susceptíveis a encontrar e perceber o sentido da vida, o que por sua vez contribui para o bem estar subjetivo. Assim, os pesquisadores verificaram que a associação entre o bem estar subjetivo e o otimismo é mediado pelo sentido de vida e sugerem que o sentido de vida é um caminho importante por meio do qual o otimismo está ligado ao funcionamento psicológico positivo (JU et al.,2013).

Mackay e Pakenham (2011) encontraram na Austrália efeitos positivos do otimismo em cuidadores ao avaliarem um modelo de enfrentamento ao stress, com uso da variável otimismo para verificar a adaptação do cuidador ao contexto de cuidado

e menor dependência de estratégias de enfrentamento de esquiva em 14 cuidadoras informais de adultos com doenças mentais, e encontraram que um nível mais elevado de otimismo está associado com melhores condições de saúde e adaptação do cuidador.

Em Portugal, pesquisadores avaliaram se os fatores psicossociais (otimismo, afeto positivo e negativo, adesão aos tratamentos, suporte social e espiritualidade) são preditivos da qualidade de vida e bem estar subjetivo em 724 pessoas com doenças crônicas. Utilizando a mesma escala do presente estudo os autores encontraram que pessoas mais otimistas, ativas e com melhor adesão ao tratamento têm melhor saúde mental e bem estar subjetivo (VILHENA et al., 2014).

Em contrapartida das avaliações de otimismo Cotter e Shermam (2009) verificaram que tanto em estudos longitudinais como nos estudos transversais o pessimismo foi relacionado à maior tensão social e menor satisfação com vida. Estes dados ressaltam a importância da avaliação e estimulação do nível de otimismo como uma importante ferramenta para os profissionais que trabalham com a saúde física e psicológica.

No Brasil, ainda são poucos os estudos que têm o otimismo como desfecho principal a ser analisado. Nunes e colaboradores (2014) ao avaliarem a autoestima, a depressão e a espiritualidade em 62 pacientes renais crônicos com a Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro, encontraram que no domínio Esperança e Otimismo da escala, os indivíduos apresentaram média de 2,6 pontos e mediana de 2,3 pontos, e desatacaram a relação inversamente proporcional entre depressão e otimismo, ou seja, quanto maior foi o nível de depressão, menor o de otimismo.

Em outro estudo também realizado com 127 adultos e idosos renais crônicos que estavam em tratamento hemodialítico, foi avaliada a relação entre

esperança e espiritualidade, utilizando a escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro e encontraram que para o domínio Esperança/Otimismo a média foi de 3,6 e a mediana de 3,0 pontos (OTTAVIANI et al., 2014).

Na atual investigação as medianas apresentadas nos grupos foram ligeiramente superiores às encontradas nos estudos acima referenciados. Cabe ressaltar que nos estudos acima citados não trabalhavam especificamente com idosos e analisavam pessoas com doença renal, ao passo que no presente estudo são analisados somente idosos que cuidam de outros idosos e idosos cuidadores em contexto intergeracional, o que pode ter contribuído para as diferenças entre os dados, o que reforça a importância da avaliação desta variável como um dos caminhos para promoção da saúde e adaptação dos idosos em diferentes situações.

As estratégias de enfrentamento são consideradas mecanismos de autorregulação que, diante de um evento estressante, permitem a pessoa elaborar meios e/ou adaptação frente às condições adversas (NERI, FORTES, 2006). Aldwin e colaboradores (1996) trazem que o idoso ao utilizar mecanismos de enfrentamento aumentam o nível de autoestima, aproximam-se mais de outras pessoas, ampliam o círculo social e passam a ter maior conhecimento de si próprios e autocontrole.

Na Tabela 19, são apresentadas as médias e medianas para cada fator do Inventário de Estratégias de Enfrentamento, de acordo com a amostra total (n=301), e dos grupos G₁ (n=257) e G₂ (n=44). Cabe ressaltar que para a análise dos fatores 1, 2, 3 foram consideradas as medianas uma vez que não há distribuição normal na amostra, e para os fatores 4 e 5 foram consideradas as médias, pois a distribuição foi normal.

Tabela 19. Medianas e médias apresentadas entre os idosos cuidadores (n=301) dos grupos G1 (n=257) e G2 (n=44), nos fatores que compõem o Inventário de Estratégias de Enfrentamento. São Carlos, SP, Brasil. 2014.

Fatores	Total (n=301)			G ₁ (n=257)			G ₂ (n=44)		
	Mediana	Média	Dp	Mediana	Média	Dp	Mediana	Média	Dp
Fator 1: expressão de emoções negativas	15,0*	14,2	2,7	15,0*	14,8	2,4	11,0*	10,9	2,5
Fator 2: Controle Ambiental	12,0*	11,9	2,9	12,0*	11,8	3,0	13,0*	12,8	2,1
Fator 3: Religiosidade	8,0*	7,5	1,0	8,0*	7,8	0,7	7,0*	6,4	1,5
Fator 4: Comportamento de esquiva	11,0	11,1 [‡]	2,4	11,0	11,2 [‡]	2,3	12,0	10,9 [‡]	3,0
Fator 5: Inibição das emoções	8,0	8,2 [‡]	2,1	9,0	8,3 [‡]	2,2	7,0	7,5 [‡]	1,3

*Distribuição não paramétrica

[‡]Distribuição paramétrica

Entre os cuidadores do G₁, a maior mediana apresentada foi no Fator 1 de expressão de emoções negativas, que envolve estratégias pautadas em excessos comportamentais de risco, que a princípio permite a pessoa esquivar-se de sentimentos e culpa. Entre os idosos cuidadores do G₂, a maior mediana apresentada foi no Fator 2, que se refere ao controle ambiental, com tem estratégias focadas em uma figura pró-ativa, em que o indivíduo espera ter informações antes de tomar uma decisão e quando necessário recorre a um suporte social.

Um estudo que comparou as estratégias de enfrentamento para o medo de quedas em 288 idosos com 65 anos ou mais que haviam e que não haviam sofrido quedas, detectou que os idosos que haviam sofrido quedas faziam uso maior de estratégias com comportamentos de esquiva em função do medo de novas quedas. Pesquisadores ressaltam a importância dos profissionais da saúde empregarem métodos para trabalhar o medo em idosos por meio do uso de estratégias de enfrentamento e de prevenção (FILIAUULT; DESROSIERS, 2011).

Uma pesquisa analisou as estratégias de enfrentamento como um fator de proteção contra o suicídio e a ideação suicida em 108 idosos com média de 71,5 anos de idade, verificou que estratégias de enfrentamento com foco na emoção podem ajudar os idosos a se adaptarem melhor em situações de estresse, ao passo que estratégias de enfrentamento disfuncionais levam a menor resiliência. Assim, os autores concluem que as estratégias de enfrentamento podem servir como proteção ao suicídio e que estas devem fazer parte da avaliação do idoso (MARTY; SEGAL; COOLIDGE, 2010).

Dados de uma pesquisa qualitativa com idosos que residiam em uma instituição de longa permanência, comparando as estratégias de enfrentamento de 10 idosos (sendo que cinco residiam no local por vontade própria e cinco não) verificaram que as estratégias mais utilizadas pelas idosas estavam pautadas na religião e em

atividades artesanais, como formas para enfrentarem a institucionalização (PAUAN; MENEGHEL; JUNGES, 2008).

Outro estudo também qualitativo analisou as estratégias de enfrentamento de 14 idosos que residiam sozinhos, encontrou que estes utilizavam mais estratégias na religiosidade e pró-atividade, como a busca por apoio social, residindo próximo parentes e amigos para manter as proximidades nas relações afetivas, e não se sentirem sozinhos (COSTA; NAKATA; MORAIS, 2015).

Nos estudos que avaliam as estratégias de enfrentamento de idosos observam-se diversidades de estratégias. Nesta pesquisa, pudemos constatar diferentes formas de enfrentamento pelos idosos cuidadores diante da situação de ser cuidador de um idoso e ser um cuidador em contexto intergeracional. Tais diferenças podem ter ocorrido pelos distintos contextos em que estão inseridos e pelos próprios recursos pessoais dos idosos cuidadores.

Deste modo, frente à complexidade do cuidado, conhecer as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos idosos cuidadores pode auxiliar profissionais na compreensão da situação a qual este está exposto e a planejar estratégias de enfrentamento para resolução e adaptações focadas na necessidade de cada população.

5.6 Comparação da sobrecarga, otimismo e estratégias de enfrentamento entre cuidadores idosos que residem com e sem crianças.

As análises comparativas entre os grupos para as variáveis de sobrecarga, otimismo e estratégias de enfrentamento são apresentadas na Tabela 21.

Tabela 20. Comparação entre a Sobrecarga, domínio Esperança e otimismo e entre os fatores do Inventário de Enfrentamento, entre o G₁ e G₂. São Carlos, SP, Brasil. 2014.

	G ₁ (n=257)		G ₂ (n=44)	
	Média±dp	Mediana	Média±dp	Mediana
Sobrecarga	-	14,0**	-	17,5**
Otimismo	-	3,7*	-	4,0*
Estratégias de enfrentamento				
Fator 1	-	15,0**	-	11,0**
Fator 2	-	12,0*	-	13,0*
Fator 3	-	8,0**	-	7,0**
Fator 4	11,2±2,3 [†]	-	10,9±3,0 [†]	-
Fator 5	8,3±2,2 ^{†‡}	-	7,5±1,3 ^{†‡}	-

*U-Mann Whitney; [†]t-student; [‡]p≤0,05

A mediana apresentada pelos idosos que residiam com crianças para avaliação da sobrecarga foi superior (17,5 pontos). O teste de Man-Whitney mostrou diferença estatisticamente significativa (p=0,00) para maior nível de sobrecarga entre idosos cuidadores que tinham crianças no domicílio, quando comparados aos idosos cuidadores que não residiam com crianças.

Para verificar os efeitos da criação dos netos na vida dos avós, um estudo realizado em Curitiba avaliou avós que residiam com os netos, sem a presença dos pais. As crianças estavam em idade escolar e frequentavam da primeira à oitava série do ensino fundamental. Os pesquisadores verificaram que em função do cuidado os avós precisaram reorganizar os aspectos financeiros, profissionais e familiares, e por apresentarem a saúde mais frágil demonstraram preocupação com o futuro dos netos (MAINETTI; WANDERBROOKE, 2013).

As alterações socioculturais no ambiente familiar e a maior expectativa de vida em especial das mulheres podem estar transferindo para as idosas que residem em lares multigeracionais um excesso de atividades. Dados do IBGE (2010) mostram que a proporção de filhos que residem com os pais por um longo período ou ainda filhos que após o divórcio voltam a residir com pais levando junto os filhos tem aumentado no Brasil. Diante desta realidade, os idosos podem estar expostos a uma situação na qual se

veem obrigados a amparar os filhos e netos, sem estarem devidamente preparados para isso (CLARES et al., 2011; TAVARES et al., 2011).

As características apresentadas pelas crianças que residiam com os idosos cuidadores, nesse estudo, retratam uma baixa média de idade, e isto pode ser um sinal indicativo de maior dependência das mesmas para as atividades cotidianas, visto que os idosos cuidadores ofertam elevada carga horária de cuidados às crianças, sendo esta superior ao número de horas que eles cuidam dos idosos. Cabe destacar que, nesse estudo, a sobrecarga avaliada é referente ao cuidado ao idoso e não ao cuidado à criança, todavia foi detectado maior nível de sobrecarga entre os idosos cuidadores que residiam com crianças.

Um estudo qualitativo que realizou uma intervenção psicoeducativa com 36 avós que cuidavam diariamente de seus netos, identificou que os principais motivos que levaram a assumir esta responsabilidade foram: trabalho da filha fora de casa, separação dos pais da criança que resultou na coabitação, e também o falecimento dos pais das crianças. Durante as intervenções, os pesquisadores puderam notar nas falas das idosas uma mistura de sentimentos ambivalentes que descrevem que o cuidado ao neto resulta em sentimentos de prazer, bem estar e realização, mas também relatam grande responsabilidade e encontraram dificuldades no cuidado diário (SCHULER; DIAS, 2015).

Uma pesquisa que investigou a percepção de 72 avós cuidadoras maternas de seus netos com idades entre sete e 10 anos de idade sobre o desenvolvimento, educação e relacionamento intergeracional descreveu que o cuidado aos netos gera sentimentos de bem estar, realização pessoal e continuidade dos valores familiares, mas também destacam a dificuldade para impor limites às crianças e controlar o comportamento dos mesmos. Cabe destacar que no estudo referenciado as

avós desenvolviam um papel de cuidadoras secundárias dos netos, cabendo aos pais à responsabilidade principal pela educação (SILVA, 2010).

Na América Latina, um estudo longitudinal com 2000 idosos com idades entre 66 e 68 anos avaliou por dois anos fatores associados a prestação de ajuda dos avós para com os netos e encontrou que avós que cuidavam dos netos por mais de quatro horas semanais tinham menor risco de desenvolver sintomas depressivos e apresentavam melhores níveis de satisfação com a vida (GRUNDY et al., 2012).

Desta forma, ao avaliar a literatura intergeracional pode-se notar que muitos estudos que descrevem a prestação de cuidados dos avós para com os netos que são crianças, se deparam com uma situação mesclada de sentimentos ambivalentes. O maior nível de sobrecarga entre os idosos cuidadores que residiam com crianças, no atual estudo pode ter relação com as diferentes atividades de cuidado dedicadas à criança e ao idoso, que por sua vez resultam em um maior excesso de atividades e o cuidador pode levar mais tempo para se adaptar ao contexto de cuidado.

Na Europa, um estudo mostrou que o cuidado aos netos é considerado uma forma de solidariedade intergeracional, e ressalta a importância de programas voltados para o cuidado a crianças, de modo a haver um equilíbrio entre o cuidado formal e o cuidado ofertado pelos avós, com objetivo de minimizar o nível de sobrecarga dos mesmos (IGEL; SZYDLIK, 2011).

Como o aumento do número de idosos que estão assumindo as responsabilidades do cuidado a outros idosos na família e o cuidado às crianças, os estudos têm começado a apontar ferramentas que podem ser empregadas para minimizar os efeitos da sobrecarga de cuidados e auxiliar na adaptação do cuidador ao novo meio no qual está inserido (IGEL; SZYDLIK, 2011; SCHULER; DIAS, 2015).

O otimismo avaliado neste estudo foi elevado para os idosos cuidadores dos dois grupos, e os dados não apontam diferenças significativas. E este pode ser um dado importante para formular intervenções que ajudem os cuidadores a responderem as demandas com estratégias de enfrentamento que os auxiliem na adaptação e nas dificuldades advindas dos cuidados.

Consideradas fatores de proteção, as estratégias de enfrentamento são mecanismos de auto-regulação utilizadas para que o indivíduo passe a adaptar-se em diferentes eventos ao longo da vida e funcionam como amortecedores em situações estressantes. Entre os idosos há uma grande versatilidade no uso de estratégias de enfrentamento, atribuídas às diferentes experiências vivenciadas ao longo da vida (FORTES-BURGOS; NERI; CUPERTINO, 2008).

Na comparação entre os fatores que descrevem as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos idosos cuidadores, o grupo de idosos que residem sem crianças no domicílio obteve diferença estatisticamente significativa para o fator 1 ($p < 0,01$) que reflete maior uso de estratégias focadas na expressão de emoções negativas com comportamentos de risco que podem comprometer a saúde física e psicológica. O fator 3 que refere-se a religiosidade também apresentou diferença estatisticamente significativa e superior ($p < 0,00$) entre os idosos que não residiam com crianças. E o fator 5 que é expresso pela inibição de emoções negativas, em que o indivíduo tenta recolher-se em seu mundo interior, também apresentou diferença estatisticamente significativa ($p = 0,01$), mostrando que o uso desta estratégia é superior entre os idosos cuidadores que não tem crianças no domicílio.

No presente estudo, pode-se observar a expressiva variabilidade dos idosos cuidadores quanto ao uso de estratégias para enfrentar as demandas do cuidado

diário. Os idosos cuidadores do G₁ reportaram maior uso de estratégias de enfrentamento focadas na emoção e religião.

Um estudo brasileiro realizado com 20 cuidadoras com média de 54 anos de idade, que cuidavam de idosos com elevado grau de dependência física e cognitiva, ao avaliar as habilidades sociais e as estratégias de enfrentamento, verificou que a maioria utilizava estratégias pautadas na emoção e na religião (PINTO; BARHAM, 2014).

Pinto e Barham (2014) relatam que estratégias de enfrentamento de caráter emocional e religioso são as mais utilizadas por cuidadores de idosos em geral. As estratégias de enfrentamento auxiliam os cuidadores a adaptarem-se em contextos de cuidados, uma vez que a grande maioria dos idosos possuem DCNT que comprometem de modo gradual a funcionalidade física e cognitiva, tornando o quadro de dependência irreversível.

Um estudo randomizado propôs realizar uma intervenção para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento com foco na redução do nível de sobrecarga de cuidadores de idosos com demência. Para medir os efeitos da intervenção, os pesquisadores compararam o grupo que recebeu as intervenções com um grupo controle que recebeu atendimento clínico habitual. Os resultados foram positivos e mostraram que os cuidadores participantes da intervenção desenvolveram estratégias focadas no problema e no apoio social, e as mesmas foram eficazes na minimização da sobrecarga (CHEN et al., 2015).

No atual estudo, os resultados em geral apontaram que os dois grupos de idosos cuidadores e idosos receptores de cuidado são semelhantes quanto às características sociodemográficas, as condições de saúde dos cuidadores e o contexto de cuidado em que estão inseridos. Assim as principais diferenças entre as famílias

analisadas concentram-se na idade dos idosos cuidadores, na sobrecarga e nas estratégias de enfrentamento. Esses dados são relevantes uma vez que mostraram maior nível de sobrecarga de cuidados no G₂ em relação ao G₁ e maior uso de estratégias de enfrentamento no G₁, que podem estar se adaptando mais facilmente ao contexto de cuidado por meio do uso das estratégias de enfrentamento e em função disso apresentar menor nível de sobrecarga.

As demandas de cuidados de um idoso dependente e uma criança exigem do cuidador habilidades diversas para lidar com as necessidades de estímulo e cuidado diferentes e próprios da fase de vida em que se encontram. O elevado número de tarefas do cuidador pode provocar o desequilíbrio familiar e levar a necessidade de reestruturação simultânea de diferentes gerações que estão vivendo diferentes etapas da vida. Este é um processo que envolve a readaptação da família como um todo, solução de problemas, desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, reorganização dos papéis e funções familiares de cada um.

A família é a base primária e principal de cuidados e pode ser considerada um recurso potencializador da saúde física e mental dos idosos e do desenvolvimento das crianças. É em um contexto de mudanças que os idosos estão se destacando como fontes importantes de cuidado às crianças e aos idosos com maiores limitações.

As alterações socioculturais na estrutura familiar, maior participação do idoso no cuidado e maior tempo de convivência entre crianças e idosos, traz para sociedade desafios inéditos que implicam na saúde, na política e educação. E os resultados aqui apresentados despontam diferenças importantes para maior compreensão de como os idosos cuidadores estão vivendo em diferentes contextos e estruturas familiares.

Desta forma os dados apresentados podem ser utilizados para nortear e subsidiar o planejamento e aplicação de intervenções como grupos de apoio social, psicológico e de saúde para trocas de experiências entre cuidadores de diferentes contextos familiares, orientados por profissionais que visem estimular as estratégias de enfrentamento como uma ferramenta para diminuir a sobrecarga e aumentar o bem estar de idosos cuidadores, que poderá beneficiar a saúde do cuidador, o relacionamento familiar e o cuidado ofertado. Outra medida que poderá ser empregada é a educação para o envelhecimento, com a organização de programas intergeracionais que proporcionem o conhecimento sobre as diferentes fases de vida e promova aspectos positivos do relacionamento intergeracional, que poderá resultar em um recurso de cuidado no futuro, em que a criança hoje cuidada pelo idoso, pode tornar-se fonte de apoio social e cuidado para o idoso no futuro.

Conclusão

6. Conclusão

Os resultados nos permitem concluir que:

✚ **Características sociodemográficas das crianças que residiam com os idosos**

cuidadores: Dentre as 44 residências com a presença de criança, foram identificadas 59 crianças que em sua maioria era do sexo masculino (52,6%), com média de seis anos de idade, 84,2% eram netos dos idosos, residiam junto ao idoso em média 5,4 anos e passavam em média 8,4 horas diárias junto ao idoso. Em relação à prestação de cuidados do idoso cuidador para criança, 88,6% das crianças recebiam cuidados dos idosos, com média de 6,2 horas diárias de cuidado.

✚ **Características sociodemográficas e o contexto de saúde do idoso cuidador:**

O perfil sociodemográfico do idoso cuidador identificado neste estudo foi semelhante para os grupos G_1 e G_2 , com prevalência de idosos cuidadores do sexo feminino ($G_1=74,3\%$ $G_2=81,8\%$), com vida conjugal ($G_1=88,7\%$; $G_2=95,5\%$), baixa mediana de escolaridade ($G_1=3$ anos; $G_2=4$ anos) e de renda familiar ($G_1=1$ a 2 salários mínimos; $G_2=3$ a 4 salários mínimos), com predomínio de cuidadores que não consideram a renda suficiente ($G_1=50,2\%$; $G_2=75$). No G_1 , a maioria (47,8%) residia junto ao cônjuge, e no G_2 (56,8%) residia junto a outros parentes. Entre os dois grupos, a única variável que mostrou diferença significativa foi à idade, em que os idosos cuidadores do G_2 foram mais jovens, com mediana de 65,5 anos e os idosos cuidadores do G_1 de 69,0 anos de idade.

Na avaliação do contexto de saúde, os dados revelaram que para as ABVDs, a maioria dos idosos cuidadores pontuou como independentes ($G_1=87,9\%$; G_2 :

81,8%). Para as AIVDs, estes eram parcialmente dependentes ($G_1=58,4\%$; $G_2=61,4\%$), representando no geral uma população de cuidadores independentes para as atividades básicas, maior com dependência em algumas atividades instrumentais de vida diária.

Os principais problemas de saúde que os cuidadores relataram interferir na vida diária no $G_1(34,6\%)$ foram dores na coluna, e para os do $G_2(29,5\%)$ foram problemas relacionados à tontura e labirintite. Em relação à avaliação da saúde, autocuidado com a saúde e satisfação com vida houve, predomínio de respostas positivas em ambos os grupos. O $G_1(55,2\%)$ e $G_2(68,2\%)$ consideram a saúde muito boa, e quanto ao cuidado que dedicavam à saúde o $G_1(74,3\%)$ e o $G_2(75\%)$ consideravam o cuidado muito bom, e o $G_1(74,3\%)$ e o $G_2(63,3\%)$, mostram-se muito satisfeitos com a vida.

✚ **Caracterização sociodemográfica dos idosos receptores e o contexto de cuidado:** Nos dois grupos, a maioria foi do sexo masculino ($G_1=66,9\%$; $G_2=77,3\%$), com vida conjugal ($G_1=83,0\%$; $G_2=93,2\%$), baixa escolaridade e mediana de idade de 73,0 anos no G_1 e 69,0 no G_2 . Quanto às ABVDs, houve predomínio de idosos independentes ($G_1=68,5\%$; $G_2=68,2\%$), e na avaliação das AIVDs estes eram em sua maioria parcialmente dependentes ($G_1=85,2\%$; $G_2=90,9\%$). No contexto e cuidado, 82,8% no G_1 e 93,1% no G_2 eram cuidados por seus cônjuges, e os idosos dos dois grupos recebiam uma mediana de quatro horas diárias de cuidado. O gasto mensal com os cuidados foi superior no grupo de idosos que residiam com crianças ($G_1= R\$171,00$; $G_2=R\$278,00$). Foi prevalente o número de cuidadores que nunca haviam participado de cursos para capacitação de cuidador de idoso ($G_1=96,1\%$; $G_2=100\%$).

✚ **Comparação do nível de sobrecarga, otimismo e estratégias de enfrentamento entre G₁ e G₂:** Para ambos os grupos avaliados foi pequeno o nível de sobrecarga identificado (G₁=67,7% e G₂=56,8%). A mediana foi de 14 pontos para idosos cuidadores que não residiam com crianças e 17,5 pontos para idosos cuidadores que residiam com crianças. Apesar de baixo o nível de sobrecarga, os idosos cuidadores do G₂ mostraram-se estatisticamente mais sobrecarregados (p=0,00) ao serem comparados aos idosos cuidadores do G₁. Na avaliação do otimismo os dois grupos apresentaram elevada mediana (G₁=3,7 pontos; G₂=4,0 pontos), e não foram detectadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Quanto à análise das estratégias de enfrentamento, os idosos cuidadores do G₁ apresentaram maior mediana para o fator 1, que transparece a expressão de emoções negativas, ao passo que o G₂ apresentou maior mediana para fator 2 que refere-se ao controle do ambiente. Ao comparar os dois grupos quanto ao uso das estratégias de enfrentamento, concluiu-se que idosos cuidadores do G₁ reportam uso significativamente maior de estratégias de enfrentamento focadas na emoção de emoções negativas (p>0,01), inibição das emoções (p>0,01) e religião (p=0,00).

Nesse estudo, podem ser destacadas algumas limitações, que poderão ser observadas em futuras pesquisas com objetivo de aumentar a base de conhecimentos sobre o cuidado ofertado por idosos em contexto intergeracional. São elas:

✚ Identificar o motivo pelo qual as crianças residem junto aos idosos, o que poderá proporcionar melhor compreensão do contexto intergeracional.

- ✚ Foram avaliados apenas idosos cuidadores que residiam junto a crianças, todavia ressalta-se a importância de avaliar também idosos cuidadores que cuidavam de crianças durante um determinado período do dia, sem necessariamente residir junto.
- ✚ Foi avaliada apenas a sobrecarga referente ao cuidado com o idoso, e não ao cuidado com a criança que residia junto ao idoso cuidador.
- ✚ Avaliar a qualidade do funcionamento familiar, que pode ser um importante indicativo da qualidade das relações intergeracionais, da sobrecarga e estratégias de enfrentamento para adaptação dos idosos cuidadores.
- ✚ O estudo foi desenvolvido com participantes cadastrados e residentes nas áreas de abrangência das USF, desta forma não podem ser generalizados e não representam a população total de São Carlos-SP.

Dado o importante impacto que a função de cuidador de um idoso e em contextos intergeracionais também para as crianças possa representar para os idosos e as mudanças que esta nova configuração de cuidado possa acarretar nas estruturas familiares, os resultados encontrados colocam em evidência a necessidade de mais estudos para aumentar o conhecimento de fatores que possam interferir na qualidade do cuidado, e do planejamento de as ações intersetoriais no âmbito do PSF, que representam a porta de entrada dos cuidados primários aos familiares.

Deste modo, cabe aos profissionais de saúde fazer parcerias com entidades localizadas nas áreas de abrangência das USF para incentivar programas de cuidado as crianças e aos idosos dependentes para que o mesmo não recaía apenas aos familiares, e programas ações intergeracionais com intuito de aproximar crianças e idosos, para que ambos passem a entender, compreender, valorizar as diferentes fases de

vida a qual vivenciam e se ajudarem e assim estimular os aspectos positivos do cuidado e das trocas intergeracionais.

Referências

7. Referências

- AFONSO, M. Stress, coping e resiliência em pessoas idosas. In: Paul C; Ribeiro, O. (cood.). **Manual de Gerontologia: aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento**. Lisboa-Porto: Lidel, p. 163-165, 2012.
- AGUIAR, V. S; MENESES, R. M. V. Implications of alzheimer's disease caregiver's life: literature review. **Journal of Nursing Ufpe on line.**, v. 6, n. 4, p. 884-888, 2012.
- Disponível em:<
http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2238/pdf_1153>Acesso em: Agosto. 2014.
- ALLOY, L. B.; et al. Prospective incidence of first onsets and recurrences of depression in individuals at high and low cognitive risk for depression. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 115, n. 1, p. 145–156, 2006.
- ANJOS, K. F; BOERY, R. N. S. O; PEREIRA, R. Qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. **Texto Contexto enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 600-8, 2014.
- ANDERSSON, G. The benefits of optimism: a meta-analytic review of the life orientation test. **Personality and Individual Differences**, v. 21, n. 5, p. 719–25, 1996.
- ANTONIAZZI, A. S; DELL'AGLIO, D. D; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**, v.3, n. 2, p, 273-94,1998.
- ÂNGELO, M; BUOSSO, R. S (orgs). **Família e doença: uma perspectiva de trabalho em enfermagem**. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. 2006.
- ARAVENA, V. J.; ALVARADO, O. S. Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. **Cienc. enferm.**, v. 15, n. 2, p. 111-20, 2010.

- AYKAWA, A. C; NERI, A. L. Capacidade Funcional. In: NERI, A. L. **Palavras chaves e Gerontologia**. Campinas: 2008. 2. ed. p. 29.
- BANDEIRA, M.; et al. Validação transcultural do teste de Orientação para Vida (TOV-R). **Estudos de psicologia**, [s. I], v. 7, n.2, p. 251-258, 2002.
- BANDURA, A. Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. **Self-efficacy in changing societies**, v. 15, p. 334,1995.
- BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, v. 84, n. 2, p. 191, 1977.
- BANDURA, A. Self-efficacy mechanism in human agency. **American psychologist**, v. 37, n. 2, p. 122, 1982.
- BANDURA, A. The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. **Journal of Social and Clinical Psychology**, v. 4, n. 3, p. 359-373, 1986.
- BARROS, M. L. (1987). **Autoridade e Afeto: avós, filhos e netos na família brasileira**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1987.
- BEACH, D. L. Family caregiving: the positive impacto n adolescent relationships. **The gerontologist**, v. 37, n.2, p. 233-238,1997.
- BERQUÓ, E. S; BALNINGER, R. Os idosos no Brasil: considerações demográficas. Campinas, Unicamp, Núcleo de Estudos de População, **Textos Nepo**, 37, 2007.
- BENGTSON, V. L. Beyond the nuclear family: the increasing importance of multigenerational bonds. **Journal of Marriage and Family**., v. 63, n. 1, p. 1-16, 2001.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra**. 9ª ed. Petrópolis: vozes, p. 34-160, 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. O cuidado. In: **Guia prático do cuidador**. 1ª ed. Brasília,

p. 7.2008. Disponível em:<

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf.> Acesso em: setembro. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doença crônica nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas e cuidado prioritárias**. 2012. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/geral/documento_norteador.pdf. Acesso em Abril. 2014.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da Republica Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4ªed. São Paulo: Saraiva, 1990. 160p (Série Legislação Brasileira). Disponível em:<
http://www.tjrj.jus.br/institucional/ceja/legis_nacional/artigos_226_230_CRF.pdf>.

Acesso em: dezembro. 2014.

BRASIL. PORTARIA Nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. **Política Nacional de saúde do Idoso (PNSI)**. Disponível em:<

http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf>. Acesso em: dezembro. 2014.

BRESSAN, L.A. **O desempenho funcional do idoso com demência**. 2005. 188f. Tese (Doutorado)-Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

BRITO, F. A. **A transição demográfica no contexto internacional**. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, 2007. (Texto para discussão, v.317).

BRISSETTE, I; SCHEIER, M. F; CARVER, C.S. The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 82, n. 1, p. 102, 2002.

BRODATY, H; GREEN, A. Who cares for the care. The often forgotten patient. **Australian Family Physician**, South Melbourne, v. 31, n.9, p-833-36, 2002.

CALDAS, C. P. O. O idoso em processo de demência: o impacto na família. In: MINAYO, M. C. S; COIMBRA, Jr. C. E. A (Orgs). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, p.51-71.

CAMARANO, A. A; KANSO, S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADs. In AA Camarano. **Cuidados de longa duração para a população: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010. p.93-122, 2010.

CAMARANO, A. A. **Os novos Idosos Brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEIA, 64p. 2004.

CARDOSO, A. R; BRITO, L. M. T. Ser avó na família contemporânea: que jeito é esse? **Psico-USF**, Itatiba, v. 19, n.3, p. 433-441, 2014.

Carver, C; Scheier, M. Optimism. In: Snyder, C. R; Lopez, S. J (Eds.). **Handbook of Positive Psychology**, Oxford: Oxford University Press, p. 231-256. 2002.

CARVER, C. S; SCHEIER, M. F. **On the self-regulation of behavior**. Cambridge University Press, 2001.

CASADO, B; SACCO, P. Correlates of caregiver burden among family caregivers of older Korean Americans. **The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 67, n. 3, p. 331–336, 2011.

CASSIS, S.V.A. et al. Correlação entre o estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.53, n.6, p.497-501, 2007.

CUESTA, C. The of care: Family care of relatives with advanced dementia. **Qual health res**, v.15, n.7, p. 881-896. 2005. Disponível em:<

<http://qhr.sagepub.com/content/15/7/881.abstract>>. Acesso em: outubro. 2014.

CHANG, E. C; SANNA, L. J. Optimism, pessimism, and positive and negative affectivity in middle-aged adults: A test of a cognitive-affective model of psychological adjustment. **Psychology and Aging**, v. 16, n. 3, p. 524-531. 2001.

CHARLES, S.T. Strength and Vulnerability Integration: A Model of Emotional Well-Being Across Adulthood. **Psychological Bulletin**, v. 136, n. 6, p. 1068–1091. 2010.

CHWALIZ, R; KISLER, V. Perceived stress: a better measure of caregiver Burden. Measurement and Evaluation in counseling and development, **Thousand Oaks**, v. 28, p. 88-98. 1995.

DIAS, C. M. S. “Pais são para criar e avós para estragar”: será? In I. C. Gomes, E. F. M Silveiras, F. B. Assumpção Junior, L. Preiszkulnik (Orgs), **Família: diagnóstico e abordagens terapêuticas** Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, p. 67-72. 2008.

DIAS, C. M. S. B; SILVA, D. V. Os avós: uma revisão da literatura nas três últimas décadas. In: FÉRES-CARNEIRO, T. (Org.). **Casal e Família, entre a tradição e a transformação**. Rio de Janeiro: Nau, p. 118-149. 2009.

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

DUARTE, Y. A. O; DIOGO, M. J. D. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: FREITAS, E. V. E PY, L. (orgs.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 1276-1284. 2011.

DUARTE, Y. A. O; NUNES, D. P. N; CORONA, L. P; LEBRÃO, M. L. Como estão sendo cuidados os idosos frágeis de São Paulo? A visão mostrada pelo estudo SABE (Saúde, Bem estar e envelhecimento). In: Camarano, A. A. **Cuidados de longa**

duração para a população: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA, p.93-122. 2010.

DREW, L. M; SILVERSTEIN, M. Grandparents' psychological well-being after loss of contact with their grandchildren. **Journal of Family Psychology**, v. 21, n. 3, p. 372–379. 2007.

ELLICOTT, A; HAMMEN, C; GITLIN, M; BROWN, G; JAMISON, K. Life events and the course of bipolar disorder. **American Journal of Psychiatry**, v. 147, 1194–1198. 1990.

ERIK J; GILTAY, E. J; FRANS G. ZITMAN, F. G; KROMHOUT, D. Dispositional optimism and the risk of depressive symptoms during 15 years of follow-up: The Zutphen. **Elderly Study**, v.9; n. 1, p. 45-92. 2001.

FERNANDES, J. J. B. R. **Cuidar no domicílio. A sobrecarga do cuidador familiar.** 2009, 155f. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2009.

FERNÁNDEZ-LANSAC, V; LÓPEZ, M. C; CÁCERES, R; RODRÍGUEZ-POYO, M. Resiliencia en cuidadores de personas con demencia: estudio preliminar. **Revista Española de Geriatria y Gerontología**, v. 47, n. 3, p. 102-109, 2012.

FERRIGNO, J. C. Co-educação entre gerações: do Conflito ao Desenvolvimento da Solidariedade. In: NETTO, M. P. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2ª ed-Revista e Ampliada. São Paulo; Rio de Janeiro; Ribeirão Preto; Belo Horizonte: Atheneu, p. 233- 241. 2007.

FINLAY-JONES, R; BROWN, G. W. Types of stressful life event and the onset of anxiety and depressive disorders. **Psychological Medicine**, v. 11, n. 04, p. 803-815, 1981.

- FORTES A. C. G. **Eventos de vida estressantes, estratégias de enfrentamento, senso de auto-eficácia e estados depressivos em idosos residentes na comunidade: dados do PENSA**. 140f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia). Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.
- FORTES, A. C. G. E NERI, A. L. Eventos de Vida e Envelhecimento Humano. In: NERI, A. L.; YASSUDA, M. S. (orgs.); Cachioni, M. (colab.). **Velhice bem-sucedida: Aspectos afetivos e cognitivos**. 3ª ed. Campinas, SP: Papyrus. 2008. p. 51-70.
- FOLKMAN, S; LAZARUS, R. S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 21, p. 219-239. 1980.
- FULLER-THOMSON, E; MINKLER, M. E. American grandparents providing extensive child care to their grandchildren: Prevalence and profile. **The Gerontologist**, v. 41, n. 2, 201–209. 2001.
- FREDRICKSON, B. L. The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. **American psychologist**, v. 56, n. 3, p. 218, 2001.
- FREITAS, E.V; BRANDÃO, A. A; CAMPANA, E. M. G; MAGALHÃES, M. E. C; POZZAN, R; BRANDÃO, A. P. Hipertensão arterial no idoso. In: FREITAS, E. V; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed .Rio de Janeiro, editora: Guanabara koogan, p. 436-437. 2011.
- FRENK, W. J; FREJR, A. T; BODADILLA, J. L; STERN, C; COZANO, R; SEPÚLVEDA, J; JOSÉ, M. La transición epidemiológica en América Latina. **Bol of Samit Panam**, v.111, n. 6, p. 485-95. 1991.
- FREITAS, E.V. DE et al. **Tratado de Gerontologia e Geriatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006.

GARCES, S. B. B. KRUG, M. R; HANSEN, D; BRUNELLI, A. V; COSTA, F. T. L; ROSA, C. B; BIANCHI, P. D. A; MATTOS, C. M. Z; SEIBEL. R. Avaliação da resiliência do cuidador de idoso com Alzheimer. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 15, n. 2, p. 335-352, 2012.

GARRIDO, R.; MENEZES, P.R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. **Revista Saúde Pública**, v.38, n.6, p.835-841, 2004.

GEURTS, T; TILBURG, T. G. V; POORTMAN, A. R. The grandparent-grandchild relationship in childhood and adulthood: a mother continuation? **Journal of the international association for relationship research**, v. 19, n. 2, p. 267-278, 2012.

GIVEN, C. W; GIVEN, B; STOMMEL, M; COLLINS, C; KING, S; FRANKKIN, S. The caregiver reaction assessment (CRA) for caregiver to person with chronic physical and mental impairments. **Research in Nursing & Health**. Hoboken, v. 15, n.4, p. 271-83, 1992.

GIBSON, A. K. Health, Illness, and Optimal Aging: Biological and Psychological Perspectives. **Journal of gerontological social work**, v. 57, n. 8, p. 908-909, 2014.

GOLDFARB, D. C; LOPES, R. G. C. Avosidade: A família e as gerações. In: FREITAS, E. V; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 1584-1591, 2011.

GOLDFARB, D. C; LOPES, R. G. C. Avosidade: a família e a transmissão psíquica entre gerações. In: GOLDFARB, D. C.; LOPES, R. G. C. (Org.). **Psicogerontologia Fundamentos e práticas**, vol. 5. Curitiba: Juruá, 2009.

GONÇALVES, L. H. T; ALVAREZ, A. M; SENA, L. S; SANTANA, L. W. S; VICENTE, F.R. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto

sociocultural de Florianópolis, SC, **Texto e Contexto Enferm.** Florianópolis, v.15, n.4, p. 570-577, 2006.

GÓRT, A. M; MINGOT, M; GOMEX, X. et al. Use of Zarit Scale for assessing caregiver burden and collapse in caregiving at home in dementias. **International Journal of Geriatrics Psychiatry**, West Sussex, v.22, p.957-62, 2007.

GORDILHO, A; SÉRGIO, J; SILVESTRE, J; RAMOS, L. R; FREIRE, M. P.A; ESPINDOLA, N; MAIA, R; VERAS, R; KARSCH, V. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso.** 1ª ed. Rio de Janeiro: UnATI, p. 89, 2000.

GUEDES, A. C; PEREIRA, M. A. Sobrecarga, Enfrentamento, Sintomas Físicos e Morbidade Psicológica em Cuidadores de Familiares Dependentes Funcionais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 1-6, 2013.

GRATÃO, A. C. M. **Sobrecarga vivenciada por cuidadores de idosos na comunidade.** 2010. 160f. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

GRATÃO, A. C. M; TALMELLI, L. F. S; FIGUEIREDO, L. C; ROSSET, I; FREITAS, C. P; RODRIGUES, R. A. P. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Res Esc Enferm USP.** [S.I: s.n.], v. 47, n.1, p. 137-144, 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/re USP/v47n1/a17v47n1.pdf>>. Acesso em: setembro de 2014.

HANK, K; BUBER, I. Grandparents caring for their grandchildren findings from the 2004 Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe. **Journal of Family Issues**, v. 30, n. 1, p. 53-73, 2009.

HAYSLIP, B; PAGE, K. S. Grandparenthood: grandchild and great-grandchild relationships. In R. Blieszner; V. H. B (Eds), **Handbook of families and aging Santa Barbara**, California: PRAEGER, p. 183-212, 2012.

HEINRICHSEN, G. A; HERNANDEZ, N. A; POLLACK, S. Difficulties and rewards in family care of the depressed older adult. **Gerontologist**, v. 32, n.4, p. 486-92, 1992.

HÉBERT, R; BRAW, G; PRÉWILLW; BALTAZAR, J. Mental desordens in primary health care: A study of their frequency and diagnosis in fours developing countries. **Psychological medicina**, Cambridge, v.10, p.231-41, 1980.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais**. 2014. Disponível em:<

ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2014/SIS_2014.pdf>. Acesso em: Dezembro. 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais**. 2006. Disponível em:<

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/condicoesdevida/indicadoresminimos/sintese_sociais2006/default.shtm>. Acesso em: novembro. 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais**. 2010. Disponível em:<

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicisociais2010/SIS_2010.pdf>. Acesso em: Novembro. 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção para população do Brasil**.

IBGE: população brasileira envelhecendo em ritmo acelerado. 2008. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=1272>. Acesso em: Setembro. 2014.

IIDA, N; KOHASHI, N. An assessment of the care burden and the quality of life on At-home caregivers: employing the care Strain Index and the Questionnaire for QOL revision. **Japanese Journal of psychosomatic medicine**, v.41, n.1, p.12-19, 2001.

IGEL, C; SZYDLIK, M. Grandchild care and welfare state arrangements in Europe. **Journal of European Social Policy**, v. 21, n. 3, p. 210-224, 2011.

INOUE, K; PEDRAZZANI, E. S; PAVARINI, S. C. I. Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. **Texto e Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 350-357, 2008.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.861-66, 2003.

KATZ, S. et al. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v.185, n.12, p.94-99, 1963.

KALACHE, I; VERAS, R. P; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**, v. 21, n.3, p. 200-10, 1987.

KAWACHI, I; BERKMAN, L. F. Social ties and mental health. **Journal of Urban Health**, v. 78, n. 3, p. 458-467, 2001.

KU, L.J.E., STEARNS, S.C., VAN HOUTVEN, C.H., LEE, S.Y.D., DILWORTH-ANDERSON, P; KONRAD, T.R. Impact of caring for grandchildren on the health of grandparents in Taiwan. **Journals of Gerontology**, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, n. 68, v. 6, p. 1009–1021, 2013.

KRAUSE, N. Mental disorder in late life: Exploring the influences of stress and socioeconomic status. In: A, C. S; P. J, C (eds.). **Handbook of the sociology of mental health**. New York: Kluwer Academic/Plenum, p 183-208, 1999.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. Stress. **Appraisal, and coping**, New York: Springer Publishing Company, v. 725, 1984.

LAZARUS R.S; FOLKMAN, S. "Coping and Adaptation". In: GENTRY, W. D. (org.). **Handbook of Behavioral Medicine**. New York, The Guilford Press. 1984.

LAZARUS, R. S; FOLKMAN, S. Transactional Theory and Research on Emotions and Coping. **European Journal of Personality**, v.1, n. 3, p. 141-169, 1987.

LAWTON, M.P.; BRODY, E.M. Assessment of folder people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, v.9, p.179-186, 1969.

LIN, J. P. National opinion polls on grandparent-grandchild interaction. **Taipei, Taiwan: Ministry of Education**. 2009.

LORANT, V; DELIÈGE, D; EATON, W; ROBERT, A; PHILIPPOT, P; ANSSEAU, M. Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. **American Journal of Epidemiology**, v. 157, n. 2, p. 98-112, 2003.

LOPES, R. C. C; CALDERONI, S. Z. O idoso na família: expansão de possibilidades ou retração? In: NETTO, M. P. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2:ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2007, p. 105-119, 2007.

LOUREIRO, L. S. N, FERNANDES, M. G. M, NÓBREGA, M. M. L, RODRIGUES, R. A. P. Sobrecarga em cuidadores familiares de idosos: associação com características do idoso e demanda de cuidado. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v. 67, n. 2, p. 227-32. 2014.

LUCHESE, B. M. Crianças que convivem com idosos: atitudes em relação à velhice e percepção sobre a demência. 2011. 192p. Dissertação (Mestrado)- Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos. 2011.

LUZARO, A. R; WALDMAN, B. F. Atenção ao familiar do idoso com doença de Alzheimer. **Acta Scientiarum Health Science**, Maringá, v. 26, n.1, p.135-145. 2004.

MTE/SPPE. **Classificação Brasileira de Ocupações: CBO 2002**. Brasília: MTE, 2002.

MARQUES, F. R. B; BARRETO, M. S; TESTON, E. F; MARCON, S. S. A presença das avós no cotidiano das recém- nascidas de risco. **Cienc Cuid Saúde.**, [s. I], v. 10, n. 3, p. 593-600, 2011. Disponível em<:
<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17383/pdf>>. Acesso em: agosto. 2013.

MARANGONI, J; OLIVEIRA, M. C. S. L. Relacionamentos intergeracionais: avós e netos na família contemporânea. In D. V. S. Falcão (Org), **A família e o idoso: desafios da contemporaneidade**. Campinas, SP: Papirus, p- 37-56, 2010.

MAINETTI, A. C; WANDERBROOKE, A. C. N. S. Avós que assumem criação dos netos. **Pensando Famílias**, v. 17, n. 1, p. 87-98, 2013.

MAHNE, K; MOTEL-KLINGEBIEL, A. The importance of the grandparent role- A class specific phenomenon? Evidence from Germany. **Advances in Life Course Research**, v. 17, n. 3, p. 145-155, 2012.

MASLACH, C; SCHAUFELI, W. B; LEIFER, M. P. Job burnout. **Annual review psychology**, Pato Alto, v. 52, p. 397-422, 2001.

MATSDA, O. Caregivers: reliability and validity of the subjective burden scale in family caregivers of elderly relatives witch dementia. **Internacional psychogeriatric, Melbourne**, v.11, n.2, p. 159-70,1999.

MENDES, P. B. M. T. **Cuidadores: Heróis anônimos do cotidiano**. 167f. Dissertação (Mestrado em serviço social) Programa em Serviço Social da PUC-SP, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 1995.

MILLER, B; LAWTON, M. P. Introduction: finding balance in caregiver research. **The gerontologist**, v. 37, n.2, p. 216-217. 1997.

NERI, A. L, YASSUDA, M. S, ARAÚJO, L. F, EULÁLIO, M. C, CABRAL, B. E, SIQUEIRA, M. E, SANTOS, G. A, MOURA, J. G. Metodologia e perfil

sociodemográfica cognitiva e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. **Cad Saude Publica**, v. 29, n. 4, p. 778-792. 2013.

NASCIMENTO, L. C; et al. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. **Rev. Bras. Enferm, Brasília**, v. 61, n. 4. P. 514-517, 2008.

NARDI, E. F. R; SAWADA, N. O; SANTOS, J. L. F. Associação entre a incapacidade funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador familiar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 5, p.1-8, 2013.

NERI, A. L. **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas, SP: Editora Alínea. Coleção Velhice e Sociedade, 4ª edição. 2014.

NERI, A. L; Yassuda, M. S; Moura, J. G. A; Siqueira, M. E. C. E; Araújo, L. F; Santos, G. A; Cabral, B. E. Caracterização demográfica e socioeconômica dos idosos participantes do Estudo Fibra Unicamp. In: A.L.Neri (orgs) **Fragilidade e Qualidade de Vida na velhice**. Campinas, SP: Editora Alínea, p. 51-60. 2013.

NERI, A. L. (Org.) et al. **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e culturais**. 2ed. Campinas: Alínea, p. 201. 2006.

NERI, A. L. **Palavras-chave em gerontologia**. 3ed. Campinas: Alínea, 214p, 2008.

NOVAK, M; GUEST, C. Application of a multidimensional caregiver burden inventory. **Gerontologist**, Cary, v. 29, n.6, p.789-803. 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. 2005.

ORSO, Z. R. A. **Perfil do cuidador informal de idosos dependentes do município de Veranópolis – RS**. 2008. 103p. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) – Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2008.

OLIVEIRA, P. S. **Vidas Compartilhadas: Cultura e co-educação de gerações na vida cotidiana.** São Paulo: Hucitec/Fapesp, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS): CID 10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 9ed. São Paulo: EDUSP, 2003.

OLIVEIRA, J. H. B. **Psicologia positiva uma nova psicologia,** Porto Codex, Livpsic. 2010.

PEARLIN, L. I; SCHOOLER, C. The structure of coping. **Journal of Health and Social Behavior**, v.19, p. 2–21. 1978

PEREIRA, M. G; CARVALHO, H. Qualidade vida, sobrecarga, suporte social, ajustamento conjugal e morbidade psicológica em cuidadores de idosos com dependência funcional. **Temas psicol.**, [s. I.] , v. 20, n. 2, p. 369-384. 2012. Disponível em:< <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v20n2/v20n2a07.pdf>>. Acesso em: dezembro. 2014.

PINTO, F. N. F. R.; BARHAM, Elizabeth, J. Habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de estresse: relação com indicadores de bem-estar psicológico em cuidadores de idosos de alta dependência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, p. 525-539, 2014.

PINQUART, M; SORENSEN, S. Spouses, adult children and children-in-law as caregivers o folder adults: a meta-analytic comparison. **Psychol. Aging**, vol. 26, n.1, p. 1-14, 2011.

PINQUART, M.; SÖRENSEN, S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. **Psychol Aging**, v. 18, n. 2, p. 250-267, 2003.

PINQUART, M.; SÖRENSEN, S. Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: an updated meta-analysis. **J Gerontol**, v. 6, n. 1, p. 33–45, 2006.

POTTER, P. A; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**, 5ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 88, 2004.

PLASTTS, S. Measuring the Burden of psychiatric illness on the Family: an evolution of some rating scales. **Psychological medicine**, Cambridge, v. 15, n.2, p. 383-393, 1985.

RAMOS, L. R. A mudança de paradigma na saúde e o conceito de capacidade funcional. In: RAMOS, L.R. **Guia de geriatria e gerontologia**. Barueri, SP: Manole, p.1-7, 2005.

RAMOS, A. C. Os avós na literatura infantil: perspectivas gerontológicas e educacionais. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v.40, n.1, p. 191-225, 2015. Disponível em:< http://www.ufrgs.br/edu_realidade>. Acesso em: Março. 2015.

RABELO, D. F; NERI, A. L. A complexidade emocional dos relacionamentos intergeracionais e a saúde mental dos idosos. **Pensando família**. [online], vol.18, n.1, p. 138-153. 2014. Disponível em:< <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v18n1/v18n1a12.pdf>>. Acesso em: Janeiro. 2015.

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;

ROSE, L. E; MALLINSON, R.K; GERSON, L. D. Mastery, Burden and areas of concern among family caregivers of mentally ill person. **Archives of psychiatric Nursing**, Maryland, v. 20, n.1, p. 41-51, 2001.

ROBINSON, B. C. Validation of a caregiver strain index. **Journal of Gerontology**. **Washington**, v. 38, n. 3, p. 344-8, 1983.

RUIZ, J. M; MATTHEWS, K. A; SCHEIER, M. F; SCHULZ, R. Does who you marry matter for your health? Influence of patients' and spouses' personality on their partners' psychological well-being following coronary artery bypass surgery. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 91, p. 255–267. 2006.

SANTOS, S. M. A. **Idosos, família e cultura**: um estudo sobre a construção do papel do cuidador. 3ed. Campinas: Alínea, 228p, 2010.

SANTOS, F.A.A; SOUZA, J.B; ANTES, D. L; d'ORSI, L. Prevalência de dor crônica e sua associação com a situação sociodemográfica e atividade física no lazer em idosos de Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional. **Rev. bras. Epidemiol**, vol.18, n.1, p. 234-47, 2015.

SEGERSTROM, S. C. Optimism and resources: Effects on each other and on health over 10 years. **Journal of Research in Personality**, v. 41, n. 4, p. 772-786. 2007.

SEGERSTROM, S. C; NES, L. S. When goals conflict but people prosper: The case of dispositional optimism. **Journal of Research in Personality**, v. 40, n. 5, p. 675-693. 2006.

SEGERSTROM, S. C; NES, L. S. When goals conflict but people prosper: The case of dispositional optimism. **Journal of Research in Personality**, v. 40, n. 5, p. 675-693. 2006.

SEGERSTROM, S. C. Optimism and resources: Effects on each other and on health over 10 years. **Journal of Research in Personality**, v. 41, n. 4, p. 772-786. 2007.

SEIDL, E. M. F; TRÓCOLLI, B. T; ZANNON, C. M. L. C. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.17, n. 3, p. 225-234. 2001.

SEQUEIRA, C. Cuidar de Idosos Dependentes –**Colecção Enfermagem** -1ª ed. 2007.

SERQUEIRA, C. A. C. Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. **Revista Referência**, Coimbra, série II, n. 12, p. 9-6. 2010.

SILVA, I. **Psicologia da saúde: uma perspectiva positiva**. Trabalho apresentado no 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Faro, Portugal, 2006.

SIMONETTI, J. P; FERREIRA, J. C. Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. **REVISTA-ESCOLA DE ENFERMAGEM UNIVERSIDADE DE SAO PAULO**, v. 42, n. 1, p. 19, 2008.

SILVIA, E. B. N; NERI, A. L. Questões geradas pela convivência com idosos: indicações para programas de suporte familiar. In: NERI AL (Org). **Qualidade de vida e idade madura**. 3ªed. São Paulo: Papyrus, 200. p. 213-236.

SILVA, C.C.F.M. **Os avós e os netos: um encontro de diferentes tempos verbais**. 123f. Dissertação (mestrado em Psicologia) Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista. 2014.

SOARES, H. M; MARGARITA, A. V. L; CORRADI-WEBSTER, C, M; MARTINS, J. T; HIRATA, A, G. Psychological concept of optimism and drug use among nursing students. **Acta paulista enfermagem**, v.24, n.3, p. 393-399. 2011. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/en_14.pdf>. Acesso em: dezembro de 2014.

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, A. L. **Cuidar de idosos no contexto da família**. 3ªed. Campinas: Alínea, p. 97-136. 2012.

SCAZUFCA, M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. **Rev. Bras. Psiquiatria**; v.24, n.1, p.12-17, 2002.

SCHEIER, M. F, CARVER, C. S. Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. **Health Psychol**, v.4, n.3, p. 219-47.1985.

SCHEIER, M. F; CARVER, C. S. A model of behavioral self-regulation: Translating intention into action. In: Berkowitz, L. **Advances in Experimental Social Psychology**. San Diego, California: Academic Press. p. 303-346. 1988

SCHEIER, M. F; CARVER, C. S. Effects of Optimism on Psychological and Physical Well-Being: Theoretical Overview and Empirical Update. **Cognitive therapy and Research**, v. 16, n.2, p. 201-228, 1992.

SCHEIER, M. F.; CARVER, C. S. Optimism, Coping, and Health: Assessment and Implications of Generalized Outcome Expectancies. **Health Psychology**, v. 4, n. 3, p. 219-247, 1985.

SCHEIER, M.F; WEINTRAUB, J.K; CARVER, C.S. Coping with stress: divergent strategies of optimists and pessimists. **J. Pers. Soc. Psychol**, v. 51, n. 6, p. 1257–1264. 1986.

SCHIEMAN, S; PUDROVSKA, T; MILKIE, M. A. The sense of divine control and self-concept- A study of race differences in later life. **Research on Aging**, v. 27, n. 2, p. 165-196. 2005.

SCHULZ, R; SHERWOOD, P.R. Physical and mental health effects of family caregiving. **Journal of Social Work Education**, v. 44, n. 3, p. 23-27, 2008.

SMORTI, M; TSCHIESNER, R; FARNETI, A. Grandparents-grandchildren relationship. **Procedia-Social and Behavioral Sciences**, v. 46, p. 895-898, 2012.

STACKFLETH, R; DINIZ, M. A; FTHON, J. R. S; VENDRUSCOLO, T. R. P, WHEBE, S. C. C. F; MARQUES, S; RODRIGUES, R, A, P. Sobrecarga de trabalho em

cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. **Acta Paul Enferm**, n. 25, v. 5, p. 768-74, 2012.

STEPTOE, A; WRIGHT C, KUNZ-EBRECHT, S. R, ILIFFE, S. Dispositional optimism and health behaviour in community-dwelling older people: Associations with healthy ageing. **British journal of health psychology**, v. 11, n. 1, p. 71-84, 2006.

STONE, A. A; HELDER, L; SCHNEIDER, M. S. Coping with stressful events: Coping dimensions and issues. In L. H. Coehn (Ed.), **Life events and psychological functioning: Theoretical and methodological issues**. Newbury Park, CA: Sage, p. 182-210, 1988.

STELLA, F. Ansiedade no idoso. In O. V. Forl enza (Ed). **Psiquiatria Geriátrica: do diagnóstico precoce à reabilitação**. São Paulo: Atheneu. São Paulo, p. 97-106, 2012.

TEIGA, S. A. M. **As relações intergeracionais e as sociedades envelhecidas**. 211f. Dissertação (Mestrado em Educação Social e Intervenção Comunitária)- Escola Superior de Educação de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa, 2012.

TESSELER, R. C; GAMACHE, G. M. The family burden interview schedule-short form (FBIS/SF). In: SEDERRER, L; DICKEY, B. (eds). **Outcome assessment in clinical practice**. Baltimore: Willians e Willians, p. 110-112, 1996.

TORIBIO-DIAZ, E; JOSE MOLTÓ-JORDÀ, J; MARTINEZ, V. M; PEREZ-CERDA, I; BERMEJO-VELASCO, P; ZEA-SEVILLA, A. Formal caregivers in assisted residences of the province of Alicante, Spain: analysis of their needs and expectations of formation in dementias. **Alzheimer's Dement**, v. 7, n. 4, p. 434-434, 2011.

THOMPSON, W. S. Popolation. **American Journal of sociology**, Chicago, v. 34, p. 959-75, 1929.

VALENÇA, T. D. C; SILVA, L. W. S. O olhar sistêmico à família do idoso fragilizado. **Rev. Kairós Gerontologia.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 31-46. 2011. Disponível em:<

<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/8204/6104>>. Acesso em: dezembro. 2014.

WINEFIELD, H; AIR, T. Grandparenting: diversity in grandparent experiences and needs for healthcare and support. **International Journal of Evidence-Based Healthcare**, v. 8, n.4, p. 277-283. 2010.

World Health Organization. Prevention and promotion in mental health. **Geneva:** World Health Organization; p. 50. 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1984. Disponível em :<<http://www.who.int>>. Acesso em: dezembro. 2014.

WHEELOCK, J; JONES, K. Grandparents are the next best thing': Informal childcare for working parents in urban Britain. **Journal of Social Policy**, n. 31, p. 441-463. 2002.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. How to Conclude or Terminate With Families. **Journal of Family Nursing** , v. 10, n. 3), p. 379-401, 2004.

ZARIT, S. H.; REEVER, K. E.; BACH-PETERSON, J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. **Gerontologist**, v.20, n.6, p.649-55, 1980.

ZARIT, S. H; ZARIT, J. M. **The memory and behavior problems checklist: 1987R** and the burden interview (technical report). Pennsylvania State. University University Park (PA), 1987.

Apêndices

8. Apêndices

APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE

1. Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “ Perfil cognitivo, fragilidade e sobrecarga de cuidadores de idosos em comunidades rurais”.
2. Esse trabalho poderá contribuir na ampliação dos conhecimentos e do entendimento da realidade do envelhecimento e do cuidado de idosos nas áreas rurais.
3. A coleta de dados será feita por meio de entrevista e composta por quatro questionários. O primeiro é de caracterização dos sujeitos, com informações pessoais, o segundo é de avaliação da Cognição, o terceiro é de avaliação da Fragilidade e o quarto é de avaliação da Sobrecarga.
4. A entrevista levará de 30 a 40 minutos.
5. Você foi selecionado(a) por ser cuidador de idoso cadastrado em uma Unidade de Saúde da Família e residente na área rural do município de São Carlos-SP. Sua participação não é obrigatória.
6. O objetivo desse estudo é analisar a relação entre cognição, fragilidade e sobrecarga de cuidadores de idosos em dois distritos rurais de uma cidade do interior do Estado de São Paulo.
7. O preenchimento dos quatro questionários não oferece risco imediato a você, porém pode causar algum tipo de constrangimento ou mal estar por remeterem a lembranças sobre sua saúde e sobrecarga. E sempre que necessário os pesquisadores se responsabilizarão pelo apoio psicológico.
8. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.
9. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores.
10. As informações obtidas por meio desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a sua participação. Certificamos que você não será identificado. As informações que você nos der serão guardadas no Banco de Dados da UFSCar.
11. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.
12. Uma vez concluída esta pesquisa, os resultados serão apresentados em eventos e publicados em artigos científicos, mantendo-se sempre o anonimato.

Sofia Cristina Iost Pavarini

Rodovia Washington Luis, Km 235, Caixa Postal 676

CEP: 13565-905 São Carlos, SP Fone (16) 3306-6661

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

Fui informado que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km 235, Caixa Postal 276 – CEP:

13565-905 – São Carlos, SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028.

Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Assinatura do (a) participante

São Carlos, _____ de _____ de 2014.

APÊNDICE B- Caracterização sociodemográfica do idoso receptor de cuidado

Dados do entrevistador

Nome: _____

Contato: _____

Data da entrevista: ___/___/___

Horário de início: ___:___hs

Horário de término: ___:___hs

I. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	<input type="checkbox"/>
Data de Nascimento: ___/___/___ (___ anos)	<input type="checkbox"/>
Estado Civil: (1) Casado (a) ou vive com companheiro (a) (2) Solteiro (a) (3) Divorciado/ separado/ desquitado (4) Viúvo (99) NR	<input type="checkbox"/>
Trabalha atualmente: (1) Sim O que faz? _____ (0) Não (99) NR	<input type="checkbox"/>
É aposentado ou pensionista: (1) Sim (0) Não (99) NR	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Raça/ Cor: (1) Branca (2) Preta (3) Mulata/ cabocla/ parda (4) Indígena (5) Amarela/ orientada (99) NR	<input type="checkbox"/>

APÊNDICE C- Caracterização sociodemográfica do idoso cuidador

Dados do entrevistador

Nome: _____

Contato: _____

Data da entrevista: ___/___/___

Horário de início: ___:___hs

Horário de término: ___:___hs

II. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	<input type="checkbox"/>
Data de Nascimento: ___/___/___ (___ anos)	<input type="checkbox"/>
Estado Civil: (1) Casado (a) ou vive com companheiro(a) (2) Solteiro (a) (3) Divorciado/ separado/ desquitado (4) Viúvo (99) NR	<input type="checkbox"/>
Trabalha atualmente: (1) Sim O que faz? _____ (1) Não (99) NR	<input type="checkbox"/>
Aposentado ou pensionista: (1) Sim (2) Não (99) NR	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Religião: (1) Católico (2) Evangélico (3) Congregação Cristã (4) Adventista (5) Espírita (6) Protestante (7) Budista (8) Umbanda (9) Não possui (99) NR	<input type="checkbox"/>
Praticante: (1) Sim (0) Não (99) NR	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>

Após ter de fornecer o cuidado ao idoso, a frequência: (1) aumentou (2) diminuiu (3) sem alteração (99) Não respondeu							<input type="text"/>
Raça/ Cor: (1) Branca (2) Preta (3) Mulata/ cabocla/ parda (4) Indígena (5) Amarela/ orientada (99) NR							<input type="text"/>
Renda do cuidador (em reais): _____ (99) NR							<input type="text"/>
Renda familiar mensal (em reais): _____ (99) NR							<input type="text"/>
Considera a renda suficiente? (1) Sim (0) Não (99) NR							<input type="text"/>
Possui plano particular de saúde? (1) Sim (0) Não (99) NR							<input type="text"/>
Número de pessoas que moram na casa: _____ (99) NR							<input type="text"/>
Número de filhos: _____ (99) NR							<input type="text"/>
Com quem mora?							
			Sim	Não	NR		
	Marido/ mulher/ companheiro		(1)	(0)	(99)		<input type="text"/>
	Filhos/ enteados		(1)	(0)	(99)		<input type="text"/>
	Netos		(1)	(0)	(99)		<input type="text"/>
	Bisnetos		(1)	(0)	(99)		<input type="text"/>
	Outros parentes		(1)	(0)	(99)		<input type="text"/>
	Outros (amigos, empregado)		(1)	(0)	(99)		<input type="text"/>
É proprietário de sua residência? (1) Sim (0) Não (99) NR							<input type="text"/>
Reside com alguma criança (≤ 12 anos): (1) Sim (0) Não							<input type="text"/>
Se SIM , preencha o quadro abaixo com os dados da(s) criança(s)							
	Grau de parentesco	Idade (em anos)	Sexo (M ou F)	Há quanto tempo mora com a criança (em anos)	Nº horas diárias que convive com a criança	Auxilia no cuidado à criança? (Sim ou Não)	Se sim, nº horas diárias que está envolvido no cuidado à criança
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

APÊNDICE D- Caracterização do cuidado

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

Das atividades a seguir, quais o Sr(a) realiza ou ajuda o idoso(a) fazer?					Resultado	Satisfação Se recebe ajuda, é suficiente? (1) Sim (0) Não
	Não precisa de ajuda	Ajuda a fazer	Outra pessoa ajuda a fazer	Ajuda compartilhada		
Higiene	1	2	3	4		
Vestir-se	1	2	3	4		
Eliminações	1	2	3	4		
Movimentação e Transferência	1	2	3	4		
Comer	1	2	3	4		
Preparo da alimentação	1	2	3	4		
Medicação	1	2	3	4		
Levar à consulta médica, à fisioterapia, para fazer exames.	1	2	3	4		
Tarefas domésticas	1	2	3	4		
Manuseio de dinheiro	1	2	3	4		
Atividades terapêuticas (levar a fisioterapia, prática de exercícios)	1	2	3	4		

O Sr(a) recebe ajuda: Material/ financeira (1) Sim (0) Não (99) NR Afetiva/emocional (1) Sim (0) Não (99) NR	<input type="text"/> <input type="text"/>
O Sr(a) recebe ajuda de entidades para o cuidado do idoso(a)? 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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
O Sr(a) tem dificuldade para dormir? (1) Sim (0) Não (99) NR	<input type="text"/>
Se sim, acredita que esteja relacionada ao cuidado do idoso (a)? (1) Sim	

(0) Não
(99) NR/NS

APÊNCIDE E-Avaliação da saúde do idoso cuidador

	Não	Sim		NS/NR	Pontuação Final
		NÃO Interfere na vida diária	Sim 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 Gastrointestinal Alta (úlceras, hérnia, refluxo)	0	1	2	99	
Doença vascular periférica (varizes)	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	
Obesidade	0	1	2	99	
Osteoporose	0	1	2	99	
Constipação	0	1	2	99	
Problemas de coluna	0	1	2	99	
Visão prejudicada (catarata/glaucoma)	0	1	2	99	
Tontura (labirintite, vertigens)	0	1	2	99	
Proteínas na urina	0	1	2	99	
Glicemia alterada	0	1	2	99	
Outras – Qual? _____	0	1	2	99	

AVALIAÇÃO SUBJETIVA DA SAÚDE e SATISFAÇÃO GLOBAL COM A VIDA				
De modo geral, como o/a senhor/a avalia a sua saúde no momento atual?	<input type="checkbox"/> Muito boa	<input type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Muito ruim
Como o/ senhor avalia o cuidado que dedica à sua saúde?	<input type="checkbox"/> Muito bom	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Muito ruim
O/a senhor/a está satisfeito/a com a sua vida hoje?	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Muito	

Anexos

9. Anexos

ANEXO A- Parecer da Secretaria Municipal da Saúde



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 Micrim Libero
Diretora do Depto de Gestão do Cuidado Ambulatorial

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

ANEXO B- Parecer do Comitê de ética em Pesquisa com seres humanos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil cognitivo, fragilidade e sobrecarga de cuidadores de idosos em comunidades rurais

Pesquisador: Sofia Cristina Iost Pavarini

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26567214.8.0000.5504

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 517.182

Data da Relatoria: 11/02/2014

Apresentação do Projeto:

A transição demográfica, resultante da drástica queda nos níveis de mortalidade e fecundidade e do aumento da esperança de vida, guarda estreita relação com a dinâmica epidemiológica. O crescimento do número de doenças crônicas evidencia a necessidade de cuidados. O cuidador de idoso em comunidades rurais pode estar sobrecarregado e apresentar comprometimentos em sua saúde física e cognitiva. O objetivo desta pesquisa é analisar a relação entre cognição, fragilidade e sobrecarga de cuidadores de idosos em dois distritos rurais de uma cidade do interior do Estado de São Paulo. Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e de caráter descritivo-correlacional. Serão entrevistados aproximadamente cem cuidadores primários de pessoas idosas cadastradas em duas Unidades de Saúde da Família (USF) da área rural do Município de São Carlos. A

Secretaria Municipal de Saúde e o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) autorizaram e aprovaram o presente estudo. A coleta de dados será feita no domicílio dos cuidadores, após agendamento prévio. Serão utilizados para a coleta de dados um instrumento de caracterização do cuidador; o Exame Cognitivo de Addenbrooke - versão revisada para avaliação dos domínios cognitivos; os critérios do fenótipo para avaliação da fragilidade proposto por Fried et al (2001) e o Inventário de Sobrecarga de Zarit para avaliação da

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Telefone: (16)3351-9683

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 517.182

sobrecarga do cuidador. Os dados serão descritos e analisados por meio da estatística descritiva, dos testes de confiabilidade dos instrumentos, de normalidade dos dados e de correlação, diferença e regressão entre variáveis. Espera-se que os resultados contribuam para o entendimento da realidade do cuidado e do envelhecimento nas áreas rurais.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a relação entre cognição, fragilidade e sobrecarga de cuidadores de idosos em dois distritos rurais de uma cidade do interior do Estado de São Paulo.

Objetivo Secundário:

Descrever os cuidadores de idosos segundo as suas características como idade, sexo, escolaridade, estado civil, etnia, renda, tempo de experiência no cuidado e parentesco com idoso. Avaliar variáveis de cognição, fragilidade e sobrecarga dos cuidadores. Analisar associações entre o perfil cognitivo, os critérios de fragilidade e a sobrecarga dos cuidadores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados.

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 aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 517.182

SAO CARLOS, 29 de Janeiro de 2014

Assinador por:
Maria Isabel Ruiz Beretta
(Coordenador)

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

Página 03 de 03

ANEXO C-Índice para avaliação das atividades básicas de vida diária de Katz

Resultados _____/(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 D-Escala para avaliação das atividades instrumentais de vida diária de Lawton

Resultados _____/21		
	(1)	Dependência total (7 ou menos pontos)
	(2)	Dependência parcial (entre 7 e 21 pontos)
	(3)	Independente (21 pontos)

<p>Em relação ao uso do telefone 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 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 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 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 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 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 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 E- 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 F- Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro

A escala é dividida em duas dimensões: a vertical, denominada “crenças”; e a horizontal, denominada “esperança/otimismo”.

A pontuação é calculada da seguinte maneira:

Crenças= (pontuação questão 1 + pontuação questão 2) / 2

Esperança/otimismo= (pontuação questão 3 + pontuação questão 4 + pontuação questão 5) / 3

Quanto maior o valor obtido em cada item, maior a concordância com a dimensão avaliada.

	Não Concordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Plenamente de acordo
Pontuação	1	2	3	4
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 G- Inventário para avaliação das 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