



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

MARIANA BIANCHI

INDICADORES DE SOBRECARGA, ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E SINTOMAS  
DEPRESSIVOS EM IDOSOS QUE CUIDAM DE OUTROS IDOSOS.

CAMPINAS  
2015

MARIANA BIANCHI

INDICADORES DE SOBRECARGA, ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E SINTOMAS  
DEPRESSIVOS EM IDOSOS QUE CUIDAM DE OUTROS IDOSOS.

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas  
da Universidade Estadual de Campinas como parte dos  
requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestra em  
Gerontologia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Samila Sathler Tavares Batistoni

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA MARIANA BIANCHI E ORIENTADA PELA PROF. DRA. Samila Sathler Tavares Batistoni
---

CAMPINAS  
2015

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

B47i Bianchi, Mariana, 1985-  
Indicadores de sobrecarga, estratégias de enfrentamento e sintomas depressivos em idosos que cuidam de outros idosos / Mariana Bianchi. – Campinas, SP : [s.n.], 2015.

Orientador: Samila Sathler Tavares Batistoni.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Cuidadores. 2. Idosos. 3. Adaptação psicológica. 4. Depressão. I. Batistoni, Samila Sathler Tavares. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Burden indicators, coping strategies and depression symptoms among older people caring for other seniors

**Palavras-chave em inglês:**

Caregivers

Elderly

Psychological adjustment

Depression

**Área de concentração:** Gerontologia

**Titulação:** Mestra em Gerontologia

**Banca examinadora:**

Samila Sathler Tavares Batistoni [Orientador]

Anita Liberalesso Neri

José Eduardo Martinelli

**Data de defesa:** 15-12-2015

**Programa de Pós-Graduação:** Gerontologia

---

**BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO**

**Mariana Bianchi**

---

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Samila Sathler Tavares Batistoni

---

**MEMBROS:**

1. Prof<sup>a</sup> Dra. Samila Sathler Tavares Batistoni \_\_\_\_\_

2. Prof<sup>a</sup> Dra. Anita Liberalesso Neri \_\_\_\_\_

3. Prof<sup>o</sup>. Dr. José Eduardo Martinelli \_\_\_\_\_

---

Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno

**DATA DA DEFESA: [15/12/2015]**



## ***Dedicatória***

*Aos meus saudosos,  
avô, bisavô e padrinho.  
Que apesar da ausência,  
estão sempre comigo.*

## **Agradecimentos**

*Á Deus, que me concede a oportunidade desse momento de aprendizado e que me guia nessa longa estrada que se chama vida.*

*A minha orientadora Prof<sup>a</sup> Samila Batistoni, que me acompanhou, apoiou e auxiliou na construção do pensamento científico deste trabalho, com muita paciência, dedicação, bondade e profissionalismo.*

*A coordenadora Prof<sup>a</sup> Anita Liberalesso Neri, pelo privilégio de suas aulas, sugestões, ensinamentos, pela sutileza nas palavras e na grandeza de sua sabedoria.*

*Ao Dr. Martinelli pelo apoio na realização dessa pesquisa e pela disponibilidade em compor a banca e apreciar esse trabalho.*

*A Coordenadora do Serviço de Atenção Domiciliar de Vinhedo, Andrea Marson pela contribuição e flexibilidade em nos ajudar.*

*Ao Helymar, responsável pelas análises estatísticas, pelo comprometimento com esse trabalho. A prof<sup>a</sup> Maria José pelos apontamentos e sugestões. Aos amigos e colegas da Geronto: Thaila Hiraga, Cássia Sarzedo e Amanda Reis e ao grupo de pesquisa Beth Lins, Giovanni Vendramini e Rebeca Caldeira, em especial, minha gratidão pela ajuda de Erika Alves e Letícia Decimo.*

*A minha família, que nos fortalece e que nos oferece o alicerce da vida. Ao meu companheiro, por dividir comigo as angústias e as conquistas. As minhas irmãs, pelos risos e travessuras. Aos amigos, que sem pedir nada em troca nos ajudam a trilhar o caminho.*

*E aos cuidadores dessa pesquisa que através do carinho e cuidado, nos instigam a lutar cada vez mais! Em especial, a D. Cida, exemplo de vida, de garra e resiliência!*

## RESUMO

Bianchi, M. Indicadores de sobrecarga, estratégias de enfrentamento e sintomas depressivos em idosos que cuidam de outros idosos. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Faculdade Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. 2015.

**Objetivo:** O presente estudo identificou associações entre variáveis sociodemográficas, estressores de natureza objetiva e subjetiva, estratégias de enfrentamento e a presença de sintomatologia depressiva em idosos que cuidam informalmente de outros idosos no contexto domiciliar. **Material e Métodos:** Trata-se de uma pesquisa de corte transversal, descritiva e correlacional, fruto da análise parcial dos dados provenientes do banco de dados do Estudo intitulado *“Bem-estar psicológico de idosos que cuidam de outros idosos no contexto da família”*. Foi composta uma amostra de conveniência de 121 cuidadores idosos entrevistados a partir de um protocolo para levantamento das variáveis: idade, gênero, estado conjugal, renda, escolaridade, tempo em que é cuidador, grau de parentesco com o alvo de cuidado e as estratégias de enfrentamento, sobrecarga e sintomatologia depressiva. **Resultados:** A amostra foi predominantemente composta por mulheres (73%), por idosos com média etária de 70,5 anos (DP=7,20), por cônjuges (62%) e tempo médio em que exercem o cuidado de 5,34 anos (DP=6,27). A análise de conglomerados identificou a composição de três grupos distintos a partir do vínculo com o idoso alvo de cuidado, da faixa de renda e do tempo em que exercem o papel de cuidador. Examinou-se a composição fatorial do Inventário de Enfrentamento da Califórnia e identificada a pontuação média dos idosos nos fatores encontrados. Para a amostra total, houve menor uso de estratégias disfuncionais e maior tendência em utilizar-se de estratégias de autoproteção (ou de controle secundário compensatório) e de estratégias de controle secundário seletivo. Examinou-se também a composição fatorial da *Zarit Burden Interview* e identificou-se estabilidade na ordenação dos domínios explicativos do construto de sobrecarga quando investigado entre idosos cuidadores. Identificou-se uma prevalência de sintomatologia depressiva de 24%. Análise de regressão multivariada associações de depressão com sexo feminino, idade de 80 anos e mais, grau de instrução intermediário (5 a 8 anos de escolaridade) e sobrecarga moderada medida pela *Zarit Burden Interview*. **Conclusões:** Os resultados apontam para as necessidades em se considerar as especificidades do cuidador idoso, sua exposição ao estressor crônico de cuidar e a maneira de como isso afeta o curso de vida, adicionada aos desafios ao processo de envelhecimento pessoal.

Palavras-chave: cuidadores; idosos; adaptação psicológica; depressão.

## ABSTRACT

Bianchi, M. Burden indicators, coping strategies and depression symptoms among older people caring for other seniors. Dissertation in Gerontology, Medical Sciences Faculty, State University of Campinas - Unicamp. 2015.

**Objective:** This study identified associations between sociodemographic variables, objective nature and subjective stressors, coping strategies and the presence of depression symptoms in elderly people who informally care for other seniors in the home context. **Material and Methods:** This is a descriptive and correlational, analysis of data from the study database entitled "Psychological well-being of older people caring for other seniors in the context of family." A convenience sample of 121 elderly caregivers interviewed from a protocol to survey the variables comprised age, gender, marital status, income, education, time spend as a caregiver, relationship with the care and sets out the strategies coping, burden and depressive symptoms. **Results:** The sample was predominantly composed of women (73%), for the elderly with a main age of 70.5 years ( $SD = 7.20$ ), by spouses (62%) and average time in which they require care to 5.34 ( $SD = 6.27$ ). The analysis identified the composition of three distinct groups from the link with the elderly as a target of care, the income level and the time in which they require the role of caregiver. It examined the factorial composition of the Coping Inventory California and identified the average score of the elderly in the found factors to the total sample, there was less use of dysfunctional strategies and more likely to be used for self-protection strategies (or compensatory secondary control) and selective secondary control strategies. It also examined the factor composition of the Zarit Burden Interview and identified stability in the ordering of explanatory areas of overload construct when we inquired among elderly caregivers. It identified a prevalence of depressive symptoms of 24%. Multivariate regression analysis of associations with depression female, age 80 years and older, intermediate level of education (5-8 years of schooling) and moderate overload measured by the Zarit Burden Interview. **Conclusions:** The results point to the need of considering the specifics of elderly caregivers, their exposure to chronic stressor of care and the manner of how it affects the course of life, added to the challenges of personal aging process.

Keywords: Caregivers; the elderly; psychological adjustment; depression

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Modelo de Estresse do Cuidador de Pearlin e colaboradores (1990).....	21
Figura 2. Regras gerais para a classificação pelo <i>Clinical Dementia Rating</i> (CDR).....	45
Figura 3. Teste do <i>scree plot</i> para número de fatores da Escala Zarit Burden Interview (ZBI).....	53
Figura 4. Teste do <i>scree plot</i> para número de fatores da Escala de Enfrentamento.....	56

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e relativa ao cuidado da amostra de cuidadores.....	50
Tabela 2. Tamanho dos clusters conforme análise das variáveis idade, gênero, parentesco, renda familiar bruta e tempo de cuidador.....	51
Tabela 3. Comparação das variáveis categóricas entre os 3 clusters.....	51
Tabela 4. Comparação das variáveis numéricas (idade, renda bruta, tempo de cuidador) entre os 3 cluster de cuidadores.....	52
Tabela 5. Resultados da análise fatorial exploratória dos itens da escala Zarit na amostra.....	53
Tabela 6. Estrutura fatorial resultante de rotação ortogonal <i>Varimax</i> para Zarit Burdem Interview (ZBI).....	54
Tabela 7. Resultados na análise fatorial exploratória dos itens da escala de enfrentamento.....	56
Tabela 8. Estrutura fatorial resultante da análise exploratória aplicada ao Inventário de Estratégias de Enfrentamento.....	57
Tabela 9. Frequências, médias e desvios-padrão da amostra referentes às variáveis de sobrecarga objetiva e subjetiva, estratégias de enfrentamento e depressão para amostra total e por sexo.....	59
Tabela 10. Comparação das variáveis categóricas entre os 3 clusters .....	60
Tabela11. Correlação entre as variáveis idade, tempo de cuidado, escolaridade, renda, CDR total, demanda objetiva, GDS total, estratégias disfuncionais, secundarias seletiva e compensatória, construto da Zarit (1,2,3) e Zarit total.....	61
Tabela 12. Resultados da análise de regressão logística univariada para depressão.....	62
Tabela 13. Resultados da análise de regressão logística multivariada para depressão.....	63

## LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas.....	91
Anexo 2. Termo para autorização para a coleta de dados.....	95
Anexo 3. Protocolo parcial da pesquisa.....	97
Anexo 4. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	105
Anexo 5. Folheto Explicativo sobre comunicação com o idoso.....	107

## SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Características gerais da pesquisa sobre o cuidador familiar na literatura gerontológica.....	15
1.2 Idosos e suas percepções sobre a situação de cuidar.....	26
1.3 Cuidadores idosos e consequências sobre o Bem-Estar.....	35
2.OBJETIVOS.....	41
3.MATERIAL E MÉTODOS.....	42
4.RESULTADOS.....	49
5.DISSCUSSÃO.....	64
6.CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
7.REFERÊNCIAS.....	77
8.ANEXOS.....	91



## 1. Introdução

A extensão da longevidade das populações e as alterações de natureza socioestruturais e econômicas que impactam os modos de vida dos grupos etários mais jovens são fatores que tem influenciado o aumento no número de indivíduos idosos que cuidam de outros idosos, em situação de dependência funcional. Cônjuges, filhos, parentes ou indivíduos com diversos tipos de vínculo com idosos dependentes e que também são idosos figuram como um grupo específico de cuidadores que estão sujeitos a uma dupla condição de vulnerabilidade<sup>1-3</sup>.

Desempenhar o papel de cuidador informal e/ou familiar de idosos, em qualquer idade, é identificado como um evento de vida estressante que exige dos indivíduos esforços adaptativos e estratégias de enfrentamento eficazes. Desempenhar tal papel na velhice adiciona desafios relativos às mudanças de natureza normativa ou patológica que advém com o processo de envelhecimento pessoal que interagem com as tarefas do cuidado prestado ao outro. Comparados a cuidadores não idosos, os cuidadores idosos convivem com mais riscos à integridade física e psicológica gerados pelo cuidado, porque tendem a serem fisicamente mais frágeis do que aqueles.

A literatura gerontológica tem documentado impactos negativos do cuidar sobre o bem-estar físico e emocional dos cuidadores. Dentre os impactos negativos frequentes relacionados ao estresse do cuidador estão à presença de sintomas depressivos<sup>4</sup>. Sobre os cuidadores cônjuges, por exemplo, os sintomas depressivos podem trazer ainda mais prejuízos uma vez que, na velhice, além do desconforto psicológico, estão associados com isolamento social, comorbidades, incapacidades e mortalidade<sup>5,6</sup>.

Contudo, há remarcada variabilidade na frequência e na extensão dos efeitos negativos sobre o bem-estar geral, e sobre a saúde mental em particular, parcialmente explicada pela interferência de aspectos subjetivos dos cuidadores, como a percepção individual de sobrecarga e pela motivação, disponibilidade e

uso de diferentes estratégias no enfrentamento do estresse. O aporte teórico que sustenta tais evidências advém, especialmente, do Paradigma do Estresse e *Coping* (enfrentamento) em Psicologia e da Teoria Motivacional *life-span*. A principal contribuição desse paradigma é a noção de que o impacto dos estressores objetivos (tais como relativos às tarefas do cuidar) sobre a saúde física e psicológica dos cuidadores é em grande parte determinado pela avaliação cognitiva que eles fazem sobre os estressores, a qual direciona a metas de controle e enfrentamento dos desafios ambientais em busca de adaptação.

Sob essa premissa desenvolveu-se uma tradição dos estudos psicológicos, em particular, mas também em outras áreas, sobre o impacto dos estressores associados ao cuidado sobre o bem-estar de cuidadores de idosos no contexto familiar. Entretanto, ainda são menores os investimentos de pesquisa sobre as possíveis especificidades relacionadas às características e desfechos em bem-estar do cuidador idoso.

Descrever a percepção de idosos sobre as demandas objetivas e subjetivas advindas do cuidar, as estratégias de natureza psicológica de que estes lançam mão e as relações dessas variáveis com a presença de depressão pode elucidar a teoria e a pesquisa sobre a temática do estresse do cuidador e gerar indicadores relevantes para as práticas de atenção em saúde. Além disso, é importante reconhecer a heterogeneidade do processo de envelhecimento do cuidador e não identificá-los como um grupo único uma vez que as avaliações subjetivas do cuidado, as estratégias que utiliza e seu bem-estar guardam relações com seus recursos pessoais como a idade, o gênero, a escolaridade, a saúde e a suficiência da renda.

Essa é, portanto, a temática e os objetivos do presente estudo. A organização do mesmo inicia-se com a apresentação de um panorama geral das pesquisas sobre o cuidador informal/familiar seguido de uma breve revisão dos conceitos de sobrecarga e estratégias de enfrentamento e de suas relações com depressão no contexto da temática e do modelo teórico que norteia a presente pesquisa. Por fim, é proposta uma investigação empírica da temática com

levantamento de dados sobre sobrecarga, enfrentamento e sintomas depressivos em indivíduos idosos que cuidam de outros idosos.

### ***1.1 Características Gerais da Pesquisa sobre o Cuidador Familiar na Literatura Gerontológica.***

A pesquisa sobre o cuidador familiar de idosos revela, em linhas gerais, algumas características marcantes em termos de abordagem, contexto de cuidados, temáticas relacionadas, modelos teóricos, medidas e evidências sobre impactos negativos. Embora o breve panorama apresentado a seguir não se configure como uma metanálise ou como uma revisão sistemática da literatura, o exercício da busca de evidências em bases de dados reconhecidas nacional e internacionalmente e as revisões já produzidas por outros autores revelam alguns consensos em termos da frequência de tais características<sup>7-13</sup>.

Inicialmente, destaca-se que idosos que cuidam de outros idosos tem sido estudados em meio às investigações sobre cuidadores em geral<sup>14,15</sup> ou entre as pesquisas que se dedicam especificamente ao cuidador cônjuge de idosos dependentes<sup>16,17</sup>. Ainda são poucos os estudos exclusivamente dedicados ao cuidador idoso e às suas peculiaridades. Em bases de dados de estudos nacionais como *Scientific Electronic Library Online* (SciELO Brasil) e *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (Lilacs) não se encontra o termo “cuidador idoso” como um descritor ou palavra-chave específica. Isso dificulta a visibilidade das pesquisas sobre o tema, pois estão incluídas na palavra-chave geral “cuidadores”, por não estar contidos como um Descritor em Ciências da Saúde (Decs).

No que se refere à descrição dos cuidadores em geral, a literatura aponta o predomínio de mulheres de meia-idade ou idosas, esposas, filhas ou noras, que possuem outras ocupações além do cuidado como realização de atividades domésticas e/ou atividades liberais. Há o relato de que muitas das cuidadores abandonaram suas atividades sociais e de lazer em função da tarefa de cuidar, culminando em mais de oito horas de cuidado/dia<sup>18-25</sup>.

O cuidado prestado no contexto dos quadros demenciais e sequelas de acidente vascular encefálico (AVE) configuram-se como os tipos de acometimento em saúde do idoso alvo de cuidado mais pesquisados<sup>26-29</sup>. As doenças degenerativas como as demências tipo *Alzheimer* e as sequelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE) são condições que levam a dependência física e cognitiva dos idosos, o que acarreta diversas dúvidas e inquietações quanto aos cuidados prestados, justificando o medo de não cuidar adequadamente e provocar maiores complicações. Estudos revelam que as principais dificuldades apresentadas pelos cuidadores de idosos pós-AVE são referentes à: alimentação e nutrição; administração de medicamentos; complicações clínicas como convulsões; medo de não saber cuidar; higiene corporal e oral; não saber lidar com a morte, dentre outros<sup>30</sup>. As pesquisas referentes ao cuidar no contexto da doença de Alzheimer destacam que as alterações comportamentais e a depressão do idoso alvo de cuidado estão entre as maiores fontes de estresse e risco para institucionalização<sup>31</sup>.

Dentre as temáticas mais comumente associadas ao estudo sobre o cuidador familiar está a percepção de sobrecarga relacionada à tarefa de cuidar. Sobrecarga é um indicador psicológico que designa uma percepção subjetiva das atitudes e respostas emocionais do cuidador às exigências do cuidar. Considerado um conceito multidimensional e multifacetado<sup>32</sup>, a distinção em sobrecarga subjetiva e objetiva é a mais tradicional e que contribui para vislumbrar a complexidade da questão. Sobrecarga objetiva refere-se à percepção resultante da somatória ou demandas objetivas de cuidado instrumental ou físico necessário para cuidar do alvo de cuidado (por exemplo, o número de horas de cuidado prestado ou o número de tarefas de vida diária em que é a principal fonte de ajuda). Sobrecarga subjetiva refere-se aos correspondentes psicológicos ou emocionais percebidos como fruto da sobrecarga objetiva (por exemplo, pensamentos negativos, rebaixamento do humor). Sobrecarga é utilizada na pesquisa para descrever as condições do cuidado ou referir-se aos efeitos negativos ao bem estar do cuidador sobre os aspectos físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros<sup>33-41</sup>. Percepção de sobrecarga é, portanto, um

conceito indicativo de estresse, definido por Aldwin<sup>42</sup>, como uma determinada qualidade de experiência, produzida por meio da interação entre o indivíduo e o ambiente, a qual quer mediante superativação, quer mediante rebaixamento do nível de alerta, resulta em desconforto psicológico ou fisiológico.

Investigações a respeito da sobrecarga do cuidador são consideradas pela Gerontologia uma temática já clássica no seu campo de estudo. Mesmo em pesquisas em que o alvo de cuidado não é outro idoso, como entre cuidadores de filhos adultos com deficiências intelectuais e/ou do desenvolvimento também há o registro das tensões, pressões financeiras, falta de apoio, níveis de estresse e ansiedade, luto e preocupações com o futuro relacionado aos suportes que será oferecido aos seus filhos quando não estiverem mais presentes<sup>43</sup>.

Mais atualmente, para além da compreensão do ônus gerado pelo cuidar representado pelo conceito de sobrecarga, os benefícios percebidos no prestar cuidados a idosos têm composto um campo sólido de estudos em Gerontologia (“Percepção de ônus e benefícios do cuidar”) uma vez que percepções de ganhos em significado, propósito, satisfação, melhora no senso de realização, orgulho e habilidade para enfrentar novos desafios entre outros são também relatados por cuidadores<sup>5,12,44,45</sup>. A identificação de aspectos positivos na prestação de cuidados tem sido associada à melhor adaptação e percepção de ganhos desenvolvimentais, tais como: menos sintomas depressivos, menor sobrecarga percebida, melhor saúde autorrelatada, sentimentos de recompensa, satisfação, gratificação, prazer<sup>46-47</sup>.

As associações entre o exercício do cuidar de idosos e desfechos negativos em saúde física e psicológica já são bem estabelecidas na literatura gerontológica e psicológica<sup>11</sup>. De modo geral, as tensões do papel do cuidador familiar de idosos dependentes são caracterizadas por alterações no estado físico, como agravamento de doenças prévias, alterações no estado emocional, sentimentos de culpa e baixa autoestima, desequilíbrio entre atividade e repouso e enfrentamento individual comprometido identificado por meio de baixa sensação de controle sobre a situação e uso excessivo de medicamentos e/ou álcool<sup>48</sup>. As combinações de perda, estresse prolongado, necessidades físicas de cuidado e vulnerabilidade

biológica de cuidadores idosos pode comprometer seu funcionamento psicológico e sua saúde física levando à maior risco de mortalidade.

Preditores de comprometimento da saúde física do cuidador incluem: problemas comportamentais do idoso dependente, incapacidades cognitivas e funcionais, duração e quantidade do cuidado prestado, sentimentos de estresse e depressão e ser cuidador na demência de Alzheimer (estar sob um estresse crônico prolongado por causa das demandas específicas da demência)<sup>5,33,49</sup>.

Um dos estudos já considerados clássicos sobre a temática, a saber, o de Schulz e Beach<sup>6</sup> relatou que durante uma média de quatro anos, os cuidadores tiveram uma taxa de mortalidade de 63% mais elevada do que os não cuidadores. Posteriormente, uma metanálise de 23 estudos, em grande parte da América do Norte, entre cuidadores e não cuidadores (média de 65 anos de idade) identificou evidências fisiológicas de impacto do cuidar. Os cuidadores tiveram uma taxa de 23% mais elevada de hormônio de estresse (cortisol) e de 15% a menos de respostas de anticorpos do que os não cuidadores<sup>50</sup>. Entretanto, em recente revisão de Roth, Friedmam e Haley<sup>51</sup> há evidências de cinco estudos de base populacional<sup>52-56</sup> que contrariam a elevada mortalidade dos cuidadores cônjuges, amplamente citadas como evidência para riscos da saúde física na prestação de cuidados.

Os preditores de morbidade psicológicos indicados altos níveis de depressão, ansiedade e estresse e/ou baixos níveis de bem estar subjetivo dos cuidadores são semelhantes ao preditores de comprometimentos na saúde física. Entre estes também figuram os problemas comportamentais do dependente, o grau de dependência do idoso indicada por incapacidades física e funcional, a duração e quantidade do cuidado prestado, a idade do cuidador (os mais velhos são mais afetados), o tipo de vínculo entre cuidador e dependente (ser cônjuge) e sexo (mulheres também são mais afetadas)<sup>5,8</sup>.

Além dos efeitos diretos sobre a saúde física e psicológica do cuidador, registram-se também efeitos indiretos tais como o aumento em comportamentos negativos de saúde como a autonegligência<sup>57</sup>. Como ilustração, o estudo de McGarry e Arthur<sup>58</sup> no Reino Unido, revelou que idosos cuidadores relataram não

pensar em si no futuro e sim em manterem-se focados em lidar com situações imediatas relacionadas ao cuidado cotidiano.

Como organizadores das variáveis destacadas a respeito do bem-estar dos cuidadores familiares, a literatura gerontológica apresenta recorrentemente três modelos psicossociais de adaptação ao estresse do cuidar. Embora desenvolvidos na década de 1990, tais modelos continuam sendo frequentemente utilizados, e representativos das concepções subjacentes e/ou da aplicação do modelo de estresse e enfrentamento. São eles: O Modelo de Estresse do Cuidador de Pearlin e colaboradores<sup>59,60</sup> utilizado na interpretação atual da situação do cuidado; o Modelo de Nolan e colaboradores<sup>61</sup> utilizado para compreender a dinâmica temporal ao longo da carreira do cuidador; e o Modelo de Crenças sobre o Cuidado, um modelo mais geral, derivado da Psicologia Social, na compreensão das avaliações de natureza sociocognitivas relativas ao contexto do cuidado, representado pelo Modelo de Hall<sup>62</sup>.

A utilização do Modelo de Estresse do Cuidador, proposto por Pearlin e colaboradores<sup>59</sup> tem sido as lentes pelas quais a maioria dos estudos tem interpretado os achados sobre a temática. Pearlin e colaboradores<sup>59</sup> evocam os conceitos de estresse, enfrentamento e adaptação na compreensão dos desfechos em saúde e bem-estar resultantes do processo de cuidar. Esse modelo leva em conta as relações entre os vários componentes da experiência pessoal de estresse em termos de seu desenvolvimento ao longo do tempo.

Esquemáticamente (Figura 1), o modelo propõe que o cuidador familiar em geral está constantemente sob as seguintes influências: *Referentes ao Contexto do cuidado*: Estima-se que entre 80 e 90% dos idosos, em diferentes países, sejam cuidados pela família<sup>63</sup>. As metanálises de Pinquart e Sorensen fornecem uma rica literatura sobre as características e condições sociodemográficas do cuidador familiar. As principais características são: papel do cuidador fornecido pelas esposas, filhas, outros parentes, vizinhos, amigos e voluntários, respectivamente; vivem geograficamente próximos de pelo menos um filho; a maioria das cuidadoras de idosos são mulheres com 65 anos e mais, que

enfrentam demandas competitivas, como cuidar de crianças e da casa e cuidar da própria saúde, e por fim pessoas também idosas. As famílias são as prestadoras de cuidado contínuos, intermitentes, dependentes e incapacitantes; são as principais fontes de apoio aos idosos, sendo assim a institucionalização e o suporte de recursos formais estão em último lugar. Há um intercâmbio de ajuda entre as gerações.

*Referentes aos estressores primários/objetivos e estressores subjetivos/percebidos:* O estresse é um estado interno do organismo que inclui experiências fisiológicas, emocionais e cognitivas resultantes da interação entre a pessoa e as pressões dos seus ambientes externo e interno<sup>64</sup>. No contexto dos cuidadores de indivíduos de demência, são as experiências e reações relacionadas que ameaçam frustrar, ou onerar indivíduos<sup>65,66</sup>. Os estressores primários objetivos levam em conta a quantidade e tipos de deficiência experimentados por um indivíduo incluem disfunção cognitiva (por exemplo, memória de curto prazo, linguagem, funcionamento executivo), capacidade funcional (por exemplo, as tarefas domésticas, banho, preparação), e problemas comportamentais (por exemplo, apetite, ciclo vigília-sono, agitação<sup>67</sup>. Por sua vez, os estressores primários subjetivos são as consequências psicológicas e emocionais vividas pelo indivíduo como resultado dos aspectos cognitivos, funcionais e comportamentais da demência, ou da dependência.

*Referentes aos estressores secundários relacionados ao papel:* Estas tensões ocorrem como um resultado direto de conviver com indivíduos com dependência. Incluem o rompimento ou impacto nos papéis de vida social ou familiar, funções de trabalho e até recreativas. Podem ser avaliadas por medidas de conflitos familiares<sup>67</sup> e relacionamento da díade<sup>68</sup>.

Um quarto aspecto ressaltado no modelo são as *Tensões secundárias intrapsíquicas*. Tal como descrito por Pearlin e colegas<sup>59</sup>, tensões intrapsíquicas pode ser conceituadas como os impactos globais sobre as características internas dos indivíduos que são relativamente permanentes e duráveis, como a autoestima<sup>69</sup> e o senso de domínio<sup>70</sup>. Por outro lado, as tensões intrapsíquicas



podem ser situacionais sendo menos duradouras e variáveis conforme o contexto da experiência de uma pessoa, tais como a autoeficácia para a manutenção de atividades ou relacionamentos (por exemplo, tarefas de autocuidado, atividades sociais, pessoais e relacionamentos). Em seguida, há a consideração dos *Mediadores* que são mecanismos de enfrentamento em que os indivíduos lançam mão para gerenciar as experiências seja na tarefa de cuidar ou lidar com uma doença, através de mediadores internos, como personalidade, resiliência e orientação de vida<sup>71</sup> e recursos externos que incluem a quantidade e os tipos de disponibilização de um apoio informal e formal, conhecimento sobre a doença, ajuda financeira.

Por fim, o modelo destaca os possíveis *Desfechos ou Consequências* em saúde e qualidade de vida. Dentre os desfechos mais comuns está a *depressão*: Nos idosos, a depressão afeta principalmente pessoas com doenças crônicas e deficiências cognitivas, causa sofrimento, desagregação familiar e deficiência, piora os resultados de muitas doenças médicas, e aumenta a mortalidade. Fatores como adversidades econômicas, deficiência de recursos individuais e sociais, tarefa de cuidar e luto contribuem para as mudanças fisiológicas, aumentando ainda mais a suscetibilidade à depressão ou desencadeamento da depressão em idosos já vulneráveis<sup>72</sup>.

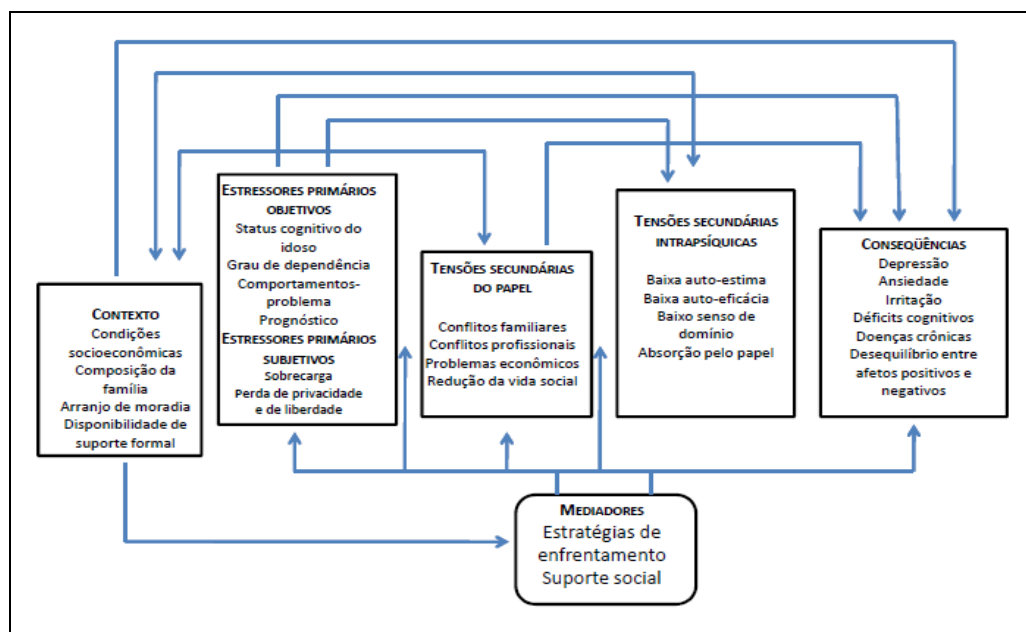


Figura 1. Modelo de Estresse do cuidador de Pearlin, Mullan, Semple e Skaff (1990), adaptado de Neri e Sommerhalder<sup>12</sup>.

Outro modelo elaborado para identificar as formas como cada cuidador lida com as dificuldades percebidas e vivenciadas, quais mecanismos de *coping* mobiliza e quão adequados e eficazes eles se mostram perante as situações ao longo da carreira de cuidador é o modelo de Nolan e colaboradores<sup>61</sup>. O modelo descreve longitudinalmente o processo de prestação de cuidados gerado com base em entrevistas com os cuidadores de pessoas com diferentes graus de demência. O processo de estresse – avaliação-enfrentamento (reconhecimento e avaliação de stress; avaliação de recursos e formas de enfrentamento; tomando ação e avaliação de ação) ocorre recorrentemente dentro de cada uma das fases: “construindo o passado”; “reconhecendo as necessidades”; “incentivar as necessidades reconhecidas”; “trabalhando através das necessidades”; “alcançando um final” e propor um “um novo recomeço”. Este modelo é útil para o clínico intervir e considerar a dinâmica da “carreira” do cuidador e adaptar qualquer intervenção da fase adequada do processo.

Com base neste modelo, os pesquisadores desenvolveram um instrumento que tem sido muito utilizado em pesquisas internacionais denominado *Carers’ Assessment of Managing Index (CAMI)* que inclui 38 afirmações relacionadas com diversos mecanismos de enfrentamento utilizados na fase identificada. Os

cuidadores são convidados a indicar se utilizam ou não aquela forma de lidar com as situações e, em caso de resposta afirmativa, deverão também indicar a sua opinião acerca da eficácia e efetividade do procedimento. Esse instrumento ainda não foi validado para uso no Brasil.

Por fim, o Modelo de Hall<sup>62</sup> propõe que o cuidador é guiado por conjunto de crenças sobre a situação do cuidado. Estas, concomitantemente com os benefícios percebidos do cuidado, influenciarão as metas e os objetivos do cuidador resultando num conjunto de práticas ou atos que ocorrem no encontro do cuidado e que são acompanhados por emoções e sentimentos. Os pontos fortes deste modelo residem na sua atenção para o papel subjacente de crenças e valores e na sua consideração mais explícita dos determinantes de natureza sociocognitiva, determinantes estes passíveis de intervenção<sup>13</sup>.

A respeito dos instrumentos de medida, no contexto internacional de pesquisa e intervenção com cuidadores, têm sido desenvolvidos e organizados protocolos de investigação relevantes ao contexto e impactos do cuidar. Como exemplo, em 2012, a Organização *Family Caregiver Alliance the National Center on Caregiving*<sup>73</sup> elaborou uma compilação de medidas, em língua inglesa, para uso na pesquisa e na prática de profissionais que trabalham com a família e os cuidadores informais de idosos e adultos com deficiência, com o objetivo de orientar a prática abordando os aspectos multidimensionais da experiência de cuidar. Essa compilação foi organizada em sete domínios conceituais: I. Contexto da prestação de cuidados; II. Percepções do cuidador de saúde e estado funcional do dependente de cuidados; III. Valores e preferências do cuidador; IV. Bem-estar do cuidador; V. Consequências da prestação de cuidados; VI. Habilidades e conhecimentos para prestar os cuidados necessários ao dependente; e VII. Recursos potenciais de suporte ao cuidador.

No Brasil, entretanto, como reflexo do predomínio das investigações centradas nas temáticas do perfil e bem estar do cuidador familiar em geral, ainda há poucos instrumentos de medidas válidos para sua utilização com cuidadores de idosos. Dentre os válidos para o contexto do cuidador em geral, destacam-se o *Caregiver Burden Inventory*<sup>74</sup>; *Family Burden Interview Schedule*<sup>75,76</sup>; *Burdew*

*Interview*<sup>77</sup> e *Caregiver Burden Scale*<sup>78</sup> todos eles referentes a medidas de sobrecarga ou bem-estar.

Mesmo internacionalmente e em especial no Brasil, ainda são em menor número os estudos e medidas que visam explorar os recursos e mediadores de natureza social e pessoal, empregados pelo cuidador idoso no manejo da situação de cuidado representado pelo conceito de enfrentamento. Escalas e inventários de enfrentamento válidos para utilização em estudos brasileiros não são específicos da situação de cuidado e pouco investigadas sobre suas especificidades entre idosos cuidadores. Considera-se essa temática necessária para se ultrapassar os achados restritos apenas às descrições sobre sobrecarga do cuidador familiar.

A influência do Modelo do Processo de Estresse de Pearlin e cols<sup>59</sup>, possibilita uma melhor compreensão sobre o impacto dos estressores na saúde mental das pessoas, como apontado na vasta literatura sobre a temática e que se estende para além das fronteiras da sociologia, como também na enfermagem, assistência social e psicologia.

Há pelo menos 30 anos, pesquisadores tem se debruçado sobre os argumentos: estressores crônicos são provocados pelos eventos de vida estressantes (contínuos e repetitivos no dia a dia)<sup>70,79</sup>; há múltiplas dimensões nas quais os estressores variam como duração, tempo de exposição, nível e ordem hierárquica, gravidade, intensidade do estressor<sup>80</sup>; os estressores são variáveis dependentes<sup>81</sup> no processo de proliferação de estresse, ou seja, os estressores primários e secundários podem ocorrer ao mesmo tempo, ou o secundário surgir mais tarde. Geralmente a proliferação é mais provável ocorrer quando o estressor primário invade o domínio de vários outros papéis e relações sociais<sup>82</sup>.

No estudo de Pearlin<sup>82</sup>, no contexto de cuidadores de portadores com HIV/AIDS, concluíram que o aumento na demanda na prestação de cuidados é a força motriz na produção de sintomas depressivos porque contribui para a geração de estressores secundários. Nos estudos revisados por Aneshensel<sup>60</sup>, observa-se que normalmente uma pessoa entra para o papel de cuidador depois de muitos outros papéis sociais e relações estabelecidas. A tarefa de cuidar muitas vezes não é planejada, é inesperada e indesejável. A multiplicidade de outros papéis

sociais fornece a base estrutural para a proliferação de estresse do cuidador, por virtude de ser ocupado por uma única pessoa.

Na abordagem do curso de vida, o Modelo do Processo de Estresse com cuidadores de portadores de demência, nota-se que mesmo depois do papel de cuidar tenham cessado as experiências vividas ainda perpetuam o estresse, este, encontra-se enraizado na vida social e não pode ser entendido como uma resposta imediata ao estímulo<sup>59,71</sup>. Assim, deve-se olhar para a maneira como a perspectiva de curso de vida nos ajuda a compreender a evolução dos fatores de tensão ao longo do tempo e seu impacto sobre a organização e reorganização na vida das pessoas, bem como suas trajetórias e transições, influências sociais e estruturais e tipos de coortes<sup>65,66,83</sup>.

A Doença de Alzheimer sustenta desafios específicos na gestão e na maneira de lidar com a doença. A experiência de demência pode ser afetada pela etiologia, contexto e gravidade dos sintomas, preexistentes de doenças crônicas relacionadas, e serviços de apoio formais e informais disponíveis<sup>71</sup>.

Em um estudo de Hilgeman et al<sup>84</sup> o objetivo foi testar o Modelo de Processo de Estresse<sup>59</sup> em uma amostra de cuidadores de Alzheimer racialmente diversas (brancos ou caucasianos, negros ou africanos americanos e hispânicos ou latinos). A raça ou etnia moderou o impacto dos recursos de tensão intrapsíquica. Os cuidadores brancos ou caucasianos relataram mais tensão intrapsíquica do que negros ou africanos ou hispânicos ou latinos. Isso sugere que as intervenções devem visar diferentes aspectos do processo de estresse para fornecer benefícios ideais tanto para indivíduos de diferentes origens culturais ou étnicos.

Uma variável potencialmente importante que está faltando no Modelo do Estresse do Cuidador<sup>59</sup>, segundo os autores Pinquart e Sörensen<sup>9</sup> é a raça ou etnia dos cuidadores. Grupos raciais ou étnicos podem variar na intensidade percebida de estressores, disponibilidade de recursos, e uso de estratégias de enfrentamento, bem como a relação de estressores, recursos, e estratégias utilizadas pelos cuidadores.

Guiados por Pearlin e cols.<sup>59</sup>, no estudo com 56 tríades familiares de indivíduos com CCL (familiar portador, cuidador primário e secundário), avaliou-se a percepção de alterações de memória e interpretação dos efeitos da CCL em padrões de interação familiar. Famílias caracterizadas por pleno reconhecimento da doença lidaram melhor com as mudanças percebidas no funcionamento da pessoa idosa do que aqueles em que as percepções do CCL dos membros eram incongruentes<sup>85</sup>.

Outro estudo com referencial teórico de Pearlin e cols.<sup>59</sup>, diz respeito as enfermeiras que investigaram os preditores da sintomatologia depressiva entre 90 mães cuidadores de crianças com leucemia, e os resultados revelaram que o nível de satisfação das necessidades básicas e a tensão no papel foram preditores de sintomas depressivos quando mediados por suporte social percebido e estratégias de enfrentamento centrado na emoção<sup>86</sup>.

Portanto, faz-se necessário revisar, para compreender com maior clareza, as perspectivas gerontológicas mais gerais a respeito do estresse e do enfrentamento de idosos, identificando-se possíveis influências das variáveis desenvolvimentais, de coorte ou próprias do contexto do cuidar que podem dar especificidade à aplicação, por exemplo, do Modelo de Pearlin e colaboradores, a idosos que cuidam de outros idosos no contexto da família. Também, se considera derivar da literatura de pesquisa maior compreensão de desfechos negativos como a depressão em cuidadores idosos.

Em suma, embora as investigações a respeito do bem-estar de cuidadores familiares de idosos sejam consideradas uma temática clássica no âmbito do conhecimento gerontológico, a maior parte das pesquisas e modelos enfoca o cuidador familiar com maiores evidências coletadas a partir de amostras de cuidadores do gênero feminino, cônjuges ou filhos adultos, a partir de medidas sobre a percepção de ônus e benefícios do cuidar e à luz do Modelo de Pearlin e colaboradores<sup>59</sup>. Há menor investimento nas especificidades do cuidador idoso e, decorrente do mesmo, necessidade de instrumentos e modelos a respeito desse grupo etário. No Brasil, há carência de instrumentos válidos que cubram todas as variáveis que se destacam na pesquisa sobre o cuidar de idosos e que compõem

os modelos clássicos sobre o estresse e enfrentamento que possam elucidar os efeitos dos mesmos sobre o bem-estar de cuidadores idosos. A maioria dos cuidadores também relata benefícios de prestação de cuidados, e muitos relatam pouca ou nenhuma tensão relacionada com a prestação de cuidados, assim como a redução da mortalidade e longevidade<sup>51</sup>.

### ***1.2 Idosos e suas percepções sobre a situação de cuidar***

Controlados por fatores individuais do cuidador e do contexto de cuidado, em linhas gerais o modelo de Pearlin e colaboradores<sup>59</sup> propõem que o resultado, em termos de bem-estar físico e psicológico dos cuidadores é mediado e/ou moderado pela que a percepção dos estressores (objetiva e subjetiva) e pelas Estratégias de Enfrentamento (pessoais e sociais).

Para Pearlin e colaboradores<sup>59</sup>, o conceito, as formas de identificar a percepção dos estressores, assim como todo o seu modelo, estão pautadas pelo Paradigma do Estresse e Enfrentamento de Lazarus e Folkman<sup>87</sup>. Sob as lentes desse paradigma, as pessoas e os grupos diferem na sua sensibilidade e vulnerabilidade a certos tipos de acontecimentos assim como nas suas interpretações e reações perante os mesmos. Este fato pressupõe que, para entender as diferenças observadas na resposta perante situações similares, devam ser levadas em conta os processos cognitivos que medeiam o encontro entre estímulo e reação, assim como os fatores que afetam a natureza de tal mediação. A avaliação cognitiva, no âmbito da teoria do estresse faz referência à avaliação que o indivíduo faz das repercussões e conseqüências que determinado acontecimento lhe provoca. Ou seja, os indivíduos são vistos como seres psicológicos que avaliam o mundo exterior e não como respondendo simplesmente a ele.

O Modelo de Pearlin e colaboradores<sup>59</sup>, ainda pertinente e relevante, não considera a dupla vulnerabilidade e as especificidades do cuidador idoso, que cuida de outro idoso, pois ambas são pessoas com suas peculiaridades, e mais que isso, que compartilham uma história de relacionamento; pois as famílias mudam ao longo do tempo, se desenvolvem e evoluem conforme a dinâmica

familiar (filhos nascem e crescem, constituem família, tornam-se pais e depois avós, cumpriu e cumprem papéis, envelhecem, adoecem e tornam-se necessitados de ajuda da descendência<sup>88</sup>. Não leva em conta que a força da família para resistir às pressões externas e internas é o aspecto central de sua adaptação em momentos críticos de sua história, caso do adoecimento de seus antigos provedores, conforme cita Neri<sup>88</sup>.

A experiência percebida de cuidar depende de como a situação é avaliada cognitivamente e afetivamente, pode ser avaliada como objetiva ou sentimentos subjetivos sobre a situação estressante. Conforme a abordagem transacional, essa avaliação é influenciada pelas estratégias de enfrentamento<sup>89</sup>. Especificamente, a disponibilidade e a suficiência de estratégias de enfrentamento são avaliadas a fim de determinar a ação a ser tomada em resposta ao estressor<sup>89</sup>. Portanto, os recursos de enfrentamento influenciam os afetos e crenças dos cuidadores, que por sua vez afetam sua resposta psicológica, emocional e comportamental<sup>90</sup>. Essas estratégias podem assumir a forma de recursos psicológicos e recursos sociais. Os recursos psicológicos na literatura de envelhecimento têm sido conceituados como auto-representações de contexto específico que ajudam a amortecer contra os desafios na velhice<sup>91,92</sup>. Estas auto-representações podem incluir traços, crenças, valores, e memórias sobre o *self* e o contexto social<sup>93</sup>. Portanto, recursos psicológicos fornecer uma forma interna de enfrentamento<sup>94,95</sup> que pode incluir propósito dos cuidadores na vida, pró-ativa enfrentamento, resiliência, sobrecarga, auto-estima, e bem-estar. Por outro lado, os recursos sociais fornecem uma forma externa de enfrentamento<sup>94,95</sup> que pode ser obtido a partir da rede social do cuidador.

O impacto desses estímulos considerados estressores sob os diferentes domínios da vida dos indivíduos são também alvo das avaliações cognitivas e consideradas por Pearlin e colaboradores<sup>59</sup> como estressores secundários. O termo secundário diz respeito à identificação da extensão das demandas adaptativas que impactam o bem-estar. As percepções dos estressores do cuidar foram o alvo da construção do conceito e da medida de sobrecarga do cuidador



desenvolvida por Zarit e colaboradores<sup>96</sup>. Explorar tal medida em cuidadores idosos pode ampliar a compreensão da avaliação da sobrecarga nesse contexto.

A *Zarit Burden Interview* (ZBI), também denominada de Escala de Sobrecarga de Zarit, originalmente foi constituída por 29 questões, posteriormente este instrumento foi revisto e hoje é composto por 22 itens<sup>97</sup> que refletem aspectos de desconforto do cuidador familiar com a saúde, a vida pessoal e social, a situação financeira, o bem-estar emocional e as relações interpessoais. Cada questão pode ser respondida em uma escala de 0 a 4, sendo: 0 = nunca; 1 = raramente; 2 = algumas vezes; 3 = freqüentemente; 4 = sempre. A soma de todas as respostas pode variar de 0 a 88. Assim, quanto maior a soma, maior a sobrecarga. Apresenta uma consistência interna entre 0,79 a 0,91 em estudos com a versão original<sup>98</sup>. No Brasil, Scazufca<sup>77</sup> realizou a tradução e a validação do instrumento utilizando-se de amostras de cuidadores de pessoas idosas com transtornos mentais (como depressão). Posteriormente, Taub et al<sup>99</sup> reaplicou a confiabilidade da escala ZBI, em 50 cuidadores de demência, mulheres (82%), média de 56 anos (DP=0,62), casadas (78%), média de 111 horas por semana na prestação de cuidado. As análises dos resultados mostraram um coeficiente de confiabilidade de interclasse de 0,88, enquanto o *alfa de Cronbach* foi de 0,77 para o ensaio e 0,80 para os itens de reteste. A versão brasileira do ZBI mostra confiabilidade suficiente comparável com a versão original.

O ZBI apresenta uma versão reduzida e uma versão de triagem<sup>100</sup>, embora não validade para o Brasil, desenvolvida em uma amostra de 413 cuidadores de idosos com demência (maioria com Doença de Alzheimer, 72%), com média de 61 anos (DP=13,85) e cônjuges (62,5%). Os resultados obtidos foram uma versão reduzida da escala em 12 itens e uma versão de triagem de 4 itens. As correlações entre a versão reduzida e a versão completa foram de 0,92 e 0,97 e entre 0,83 e 0,93 para a versão de triagem. A análise fatorial da versão reduzida revelou dois fatores, com 50% de variabilidade total.

Na população espanhola, a aplicação da ZBI é referenciada por Martin<sup>101</sup> e por Montorio et al<sup>102</sup>, ambos avaliam o instrumento de 1 a 5, gerando uma pontuação global de 22 a 110. No primeiro estudo, investigou-se 92 cuidadores de

idosos com transtornos psiquiátricos, a análise fatorial revelou a existência de três fatores que explicaram 53,8% da variabilidade. A escala mostrou consistência interna satisfatória, com alfa de 0,91 de Cronbach<sup>101</sup>. Enquanto que no segundo estudo, investigou 107 cuidadores, maioria filhos (74%), média de idade de 54,5 anos (DP=12,3) exerce o cuidado em média a 7 anos. Neste, também revelou a existência de três fatores, denominados impacto do cuidado (fator 1), interpessoal (fator 2) e competências e expectativas (fator 3), com consistência interna entre 0,69 a 0,88<sup>102</sup>.

Utilizando-se da mesma pontuação global de 22 a 110 pontos, na população portuguesa, Sequeira<sup>103</sup> traduziu e validou o instrumento ZBI e permitiu identificar quatro fatores na análise fatorial que explicou 62% da variabilidade total, denominados: impacto da prestação de cuidados; relação interpessoal; expectativas com o cuidar e a percepção de autoeficácia. Os cuidadores de idosos com demência referem níveis de sobrecarga mais elevados (66,3% com sobrecarga intensa) comparativamente com os cuidadores de idosos sem demência (45,5% com sobrecarga intensa). Em outra análise fatorial<sup>104</sup>, revelaram-se três fatores, que explicaram 50,39% da variabilidade total, e uma consistência interna total de 0,90. Os três fatores resultantes foram denominados: impacto do cuidado; relacionamento interpessoal e expectativa de autoeficácia.

Em outros estudos, que utilizaram a pontuação total entre 0 a 88 pontos, conforme a versão original de Zarit<sup>96</sup>, citamos Ferreira et al<sup>105</sup>, que avaliou 104 cuidadores de doentes em cuidados paliativos domiciliários. Obteve-se um valor de *alfa de Cronbach* de 0,884. O total da média dos scores da ZBI neste grupo de cuidadores foi de 37,2 o que indica sobrecarga moderada. Na análise fatorial do instrumento evidenciaram-se cinco dimensões de sobrecarga (perda de controle, sacrifício, dependência, receio/angústia e autocrítica). No estudo de Siegert, Jackson, Tennante, Turner-Stokes<sup>106</sup>, com cuidadoras de sequela de pacientes de AVE, média de 54 anos (DP=10,9), revelou três fatores, sendo denominados: tensão pessoal, tensão ao papel e culpa.

Na versão brasileira da ZBI, identificou-se que entre os cuidadores de pacientes idosos com depressão aqueles que identificaram maior sobrecarga

foram os que relataram maiores alterações de humor e de comportamento dependente de cuidado<sup>77</sup>. A consistência interna foi boa, com um *alpha de Cronbach* igual a 0,87. Déficits cognitivos em idosos foi um fator preditivo de sobrecarga e estresse emocional dos cuidadores no estudo de Gratão, Vendrúscuolo, Talmelli, Figueiredo, Rodrigues<sup>38</sup>, identificados pelo mesmo instrumento.

No processo de investigação de sobrecarga entre cuidadores idosos é importante reconhecer que variáveis relativas aos seus processos de envelhecimento pessoal podem trazer mudanças nas formas de avaliação das situações como estressantes ou não. Fatores desenvolvimentais e de coorte influenciam o quão esperados ou controláveis são estímulos estressores que se apresentam no contexto do cuidado<sup>107</sup>. Algumas dessas variáveis referem-se às alterações em áreas da vida de maior envolvimento e prioridades, sendo que comprometimentos em áreas de maior envolvimento são percebidos como estressantes. Em comparação com cuidadores adultos jovens, entre os cuidadores idosos diminuem-se o número e o tipo de aborrecimentos diários, principalmente os relativos à criação de filhos e à vida de trabalho. Influências de coorte tais como expectativas ou crenças sobre quem deve prestar o cuidado e sobre como fazê-lo podem aumentar ou diminuir a percepção de estresse ou sobrecarga<sup>108</sup>. Tais influências podem fazer do cuidador idoso um subgrupo com características específicas a respeito do estresse e percepção de sobrecarga.

No modelo de Pearlin e colaboradores<sup>59</sup>, assim como em outras observações sistemáticas e no próprio cotidiano, há evidências de que os cuidadores possuem diversos tipos de recursos que mitigam as consequências da exposição ao estresse, levando à apresentação ou não de impacto sobre o bem-estar e em que extensão. Retomando o modelo transacional de estresse de Lazarus e Folkman<sup>87</sup>, são dadas relevância às transações entre a pessoa e o ambiente, nomeadamente na forma como as pessoas avaliam e lidam/enfrentam com as condições estressantes. Este modelo não enfatiza a ocorrência de determinados acontecimentos de vida na pessoa como principal fonte de estresse,

mas cabe ao próprio indivíduo avaliar se determinada situação, face aos recursos pessoais que dispõe, constitui para ele uma ameaça ao seu bem-estar ou não.

O conceito de recursos corresponde a características, disposições e a capacidade para proteger os cuidadores do poder dos estressores. Correspondentemente, a falta de recursos torna os cuidadores mais vulneráveis ao impacto das exigências dos cuidados. O processo de estresse pode, então, ser limitado pelos recursos pessoais sociais e, desta forma, reduzir indiretamente o risco de resultados desastrosos, sendo particularmente importantes o suporte social e o sentido de mestria ou autoeficácia do cuidador.

O enfrentamento ou *coping* é o comportamento que protege as pessoas de certas ameaças do ambiente social, refere-se às respostas cognitivas e comportamentais constantes que os indivíduos utilizam para gerenciar ou tolerar uma situação estressante e, por isso, inclui todas as medidas cognitivas e comportamentais adotados por um indivíduo em resposta a específicas demandas internas e/ou externas que são considerados como ultrapassar seus recursos normais<sup>88</sup>. Segundo Neri<sup>64</sup> (p. 144), as estratégias de enfrentamento vivenciadas pelos indivíduos, são “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”.

A função protetora de enfrentamento pode ser exercida de três maneiras: eliminando ou modificando as condições aos problemas, controlando o sentido da experiência de maneira que neutralize a problemática e mantendo as conseqüências emocionais dos problemas controláveis<sup>70</sup>. Tais funções tem sido base para a classificação das estratégias de enfrentamento ou de acionamento de recursos em tipos.

Há várias tipologias de estratégias de enfrentamento que acionam os recursos pessoais ou sociais dos indivíduos. A distinção mais tradicional na literatura que deu origem aos diversos estudos é a proposta por Lazarus e Folkman<sup>87</sup> que classifica as estratégias em: estratégias centradas na resolução direta do problema ou na regulação das emoções visando preservação do bem-

estar. As estratégias centradas no problema ocorrem quando a situação estressante é vista como reversível, logo pode ser removida e/ou alterada. Já as estratégias centradas na emoção são de caráter paliativo, cujo estressor é visto como inalterável ou incontrollável, pretende-se regular a resposta emocional, aliviando o impacto físico. Em estudo posterior, Lazarus e Folkman<sup>109</sup> identificaram uma estrutura fatorial composta por oito elementos: fator 1: confronto, fator 2: afastamento, fator 3: autocontrole, fator 4: suporte social, fator 5: aceitação de responsabilidade, fator 6: fuga-esquiva, fator 7: resolução de problemas e fator 8: reavaliação positiva. Aldwin e Gilmer<sup>110</sup> propuseram cinco fatores: enfrentamento focalizado no problema; enfrentamento focalizado na emoção; enfrentamento por meio do suporte social; enfrentamento religioso e enfrentamento ligado à busca de um significado para o problema.

Como uma tendência, os estudos revelam que os idosos tendem a usar mais estratégias centradas na emoção do que no problema<sup>111</sup>. Estratégias de natureza religiosa são consideradas uma forma importante pelas quais os idosos lidam com eventos incontrolláveis<sup>107,112,113</sup>. Também foi observado que os idosos tendem a adotar mais formas passivas de enfrentamento do que os não idosos, incluindo distanciar-se de situações aversivas e alteração dos próprios sentimentos para evitar sofrimento e preservar recursos<sup>3</sup>, ou mesmo em alterar significados ou em redefinir preferências e prioridades<sup>114</sup>. Isso pode estar relacionado tanto ao fato de os idosos revelarem um declínio na capacidade de se centrarem e resolverem os problemas de forma direta e instrumental ou pelo fato de serem acometidos por estressores crônicos ou que diminua o senso de controle direto sobre os problemas e também se baseiam se na perspectiva de que os idosos orquestram as demandas adaptativas por meio de processos da Seletividade Emocional.

Processos desenvolvimentais associados ao envelhecimento como a emergência de processos e virtudes relacionados ao *self* e à personalidade na velhice, como a sabedoria e a resiliência podem ter um papel importante nesse processo no amortecimento do impacto dos estressores e na escolha dos mecanismos de enfrentamento utilizadas<sup>115</sup>. Os autores Carstensen e Freund<sup>116</sup>

consideram que o *self* resiliente, ao envelhecer, não se adapta apenas as perdas, mas desenvolvem novas oportunidades, objetivos ou mesmo alterando as prioridades ao longo do processo vital.

Outros mediadores relevantes na velhice são a crença ou a percepção de controle sobre o ambiente e de autoeficácia na realização uma ação desejada. As crenças de autoeficácia influenciam os pensamentos, os sentimentos, a automotivação e a ação<sup>117</sup>, e podem determinar a decisão pessoal quanto ao início de um comportamento de enfrentamento, o seu tempo de duração e a quantidade de esforço despendido em tal comportamento<sup>108</sup>. No que se refere ao controle, este é um aspecto motivacional básico no enfrentamento e adaptação aos desafios ambientais. Na velhice, esforços e identificação de recursos secundários que auxiliam na promoção do controle ambiental são altamente relevantes para o engajamento e persistências dos indivíduos às metas desenvolvimentais e desafios ambientais relevantes, como por exemplo, no exercício do papel de cuidador.

Considerando todas essas influências sobre o processo de enfrentamento de estresse na velhice e usando como referencia a tipologia de Lazarus e Folkman<sup>87</sup>, ao estudar o comportamento psicométrico da Escala de Enfrentamento no Brasil, estudos apontaram para outras tipologias de estratégias de enfrentamento nos quais os idosos utilizam frente às situações de estresse. No estudo de Fortes-Burgos<sup>108</sup> e de Fortes-Burgos, Neri e Cupertino<sup>107</sup> emergiram cinco fatores: 1) Foco na expressão e emoções negativas, em excessos comportamentais e em comportamentos de risco, 2) Foco em tentativas de controle sobre o ambiente, 3) Foco na religiosidade como elemento amortecedor, controle emocional, mudança de crenças em situações incontroláveis para proteger o *self* e regular as emoções; 4) Foco em atenuar o potencial estressor do evento mediante o comportamento de esquiva, através de estratégias cognitivas e comportamentais; 5) Foco em inibição das emoções, negação de vivências emocionais, não expressão de emoções, orientação de emoções negativas a si mesmo. Enquanto que no estudo de Fontes e Neri<sup>118</sup> revelaram-se três fatores, assim denominados: estratégias não-adaptativas, estratégias adaptativas e

estratégias de desenvolvimento. Embora a estrutura fatorial indicativa da tipologia tenha se repetido em dois estudos com idosos, ainda é necessário investigar se entre cuidadores idosos essa tipologia se mantém e quais variáveis de natureza pessoal ou contextual influenciam a utilização das tipologias de estratégias.

A maior parte dos estudos sobre enfrentamento na velhice e, especialmente, sobre o enfrentamento na situação do cuidado, considera as evidências sobre as estratégias utilizadas como reflexo de tendências comportamentais fixas ou traços dos indivíduos. Embora sejam já bem estabelecidas as relações entre tendências comportamentais utilizadas na situação de cuidado e medidas de bem-estar (como depressão e ansiedade), Lin e Wu<sup>119</sup> consideram que a maioria dos estudos utiliza o fato de os indivíduos serem cuidadores como única variável que compõem esse grupo, sendo investigadas apenas diferenças em termos de enfrentamento. Consideram que outros fatores antecedentes relacionados ao cuidador (como seus outros recursos pessoais como a idade, a escolaridade, a renda e a saúde percebida) ajudam a compor diferentes grupos de cuidadores que guardam mais relações entre si e podem levar à escolha da utilização de estratégias de enfrentamento peculiares.

Em estudo realizado com cuidadores cônjuges e filhos (entre as idades de 23 a 97 anos), Lin e Wu<sup>119</sup> identificaram, por meio de análise de classes latentes, que os estressores objetivos e subjetivos, em conjunção com os recursos pessoais e sociais, levaram à composição de três padrões de utilização de estratégias de enfrentamento, a saber: um padrão híbrido (com preponderância tanto de estratégias focadas no problema quanto na emoção); um padrão emocional (com preponderância de estratégias focadas na emoção) e um grupo difuso (sem um padrão definido). Sugeriram que diferentes fatores contribuem para o uso de diferentes padrões ou estilos de enfrentamento e que a identificação desses fatores e padrões auxilia o desenvolvimento de intervenções mais efetivas. Embora o estudo não tenha sido desenvolvido especificamente com cuidadores idosos, considera-se que tais cuidadores também não compõem um grupo homogeneizado por essa condição e que recursos pessoais de diversas naturezas

em interação com os estressores experimentados influenciam a escolha das estratégias de enfrentamento.

Ainda encontramos lacunas na literatura sobre quais fatores influenciam os idosos na sua percepção de sobrecarga e no uso de estratégias de enfrentamento. Idade, parentesco, doença do alvo de cuidado, recursos disponíveis, tempo em que exerce a tarefa de cuidar entre outras variáveis podem sugerir respostas quanto a essa lacuna para verificar se é uma tendência do envelhecimento ou do processo de sobrecarga e enfrentamento no geral.

### ***1.3 Cuidadores idosos e os desfechos sobre o Bem-Estar***

Um dos desfechos negativos de processos não adaptativos de estresse e enfrentamento é a depressão. A depressão envolve uma combinação de sintomas que afetam a capacidade do idoso para dormir, comer e desfrutar de atividades que antes eram agradáveis. Diferentes tipos de transtornos depressivos podem variar em gravidade de leve a muito grave. Queixas físicas inexplicáveis pode ser um sinal de depressão em idosos, tais como, fadiga e dores de cabeça ou distúrbios do sono, ao invés de sentir-se triste ou deprimido. Outros sintomas comuns incluem: expressões de desespero; ansiedade; preocupe-se; perda do prazer; confusão; perda de memória e agitação<sup>120</sup>.

Na população idosa, depressão tem sido rastreada por meio de escalas de sintomas depressivos, os quais, embora não configurem uma depressão clínica, são preditivos de comorbidades, incapacidades e mortalidade. No Estudo SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento, São Paulo, Brasil), os pesquisadores identificaram uma prevalência de 18,1% de sintomas depressivos, com um diferencial importante entre homens e mulheres (12,7/22,0%, respectivamente). Constatou-se, ainda, que foi mais alta a prevalência de sintomas depressivos entre as pessoas com 60 a 64 anos de idade (19,5%) atingindo 13% a prevalência para aqueles com 75 ou mais anos de idade<sup>121</sup>. O estudo multicêntrico de Fragilidade em Idosos Brasileiro (FIBRA) também encontrou um dado semelhante,



a prevalência de 20,5% de sintomas depressivos na população idosa estudada<sup>122,123</sup>.

A apresentação de sintomas depressivos em idosos é parcialmente explicada pela atuação não adaptativa de estratégias de enfrentamento. Em investigação com idosos residentes na comunidade (Juiz de Fora, MG), não especificamente relacionada ao contexto do cuidado, Fortes-Burgos, Neri e Cupertino<sup>107</sup> relataram que as variáveis mais fortemente relacionadas com sintomas depressivos foram: enfrentamento baseado nas emoções negativas, excessos comportamentais e comportamentos de risco; eventos estressantes que afetam os descendentes; ter entre 70 e 79 anos e percepção de que o enfrentamento adotado foi ineficaz. Observou-se também que aspectos como incontabilidade, dificuldades em desempenhar tarefas de cuidado ou sentimentos de ameaça ao próprio bem-estar podem gerar angústia ou afetar o senso de significado pessoal, gerar sentimentos de solidão, problemas de saúde mental, fortalecendo um quadro depressivo.

Para compreender melhor os desfechos negativos que afetam o bem-estar dos cuidadores idosos, foi realizado, um levantamento de estudos publicados entre 2006 a 2014, na base de dados Pubmed, com os descritores *caregivers*, *depression*, *burden*, *older people*. Elegeram-se dezesseis estudos que atenderam os critérios de inclusão: textos completos, últimos 10 anos, idade da amostra acima de 60 anos e mais, desfecho de sintomas depressivos e/ou depressão. Concluiu-se nessa revisão, que os preditores da sintomatologia depressiva englobam: gênero feminino, ser cuidador mais velho, média de 82 anos<sup>124</sup>; pior saúde autorrelatada e sobrecarga<sup>125,126</sup>; sobrecarga percebida (moderada a grave)<sup>125,127-129</sup>; doença do alvo de cuidado: Doença de Alzheimer (23% de depressão)<sup>127</sup>; Acidente Vascular Encefálico (7% de depressão)<sup>131</sup>; dor crônica (36% reportaram sintomas depressivos)<sup>131</sup>; estado nutricional ruim<sup>124</sup> e má qualidade do sono<sup>132</sup>. Enquanto que os moderadores de depressão foram: enfrentamento religioso<sup>133</sup>; maior propósito de vida<sup>134</sup>; suporte social telefônico<sup>135</sup>; e engajamento semanal em atividades domésticas ou sociais foi significativamente relacionado com níveis mais baixos de depressão<sup>136</sup>.

Na revisão, o estudo de Givens et al<sup>129</sup> comparou cuidadores cônjuges de portadores de demência e não demência e identificou que os cuidadores de uma pessoa com demência possuem mais do dobro da probabilidade ter altos níveis de sintomas depressivos, mediado pelo maior papel de “dever de cuidar” do cuidador e dos problemas comportamentais do alvo de cuidado. Na amostra estudada 23% relataram sintomas depressivos, com os sintomas aumentando antes da morte do parceiro. A hipótese é que os cuidadores de pessoas com demência teriam níveis mais elevados do “papel de dever de cuidar”, sentindo-se presos na tarefa de cuidar. Os resultados implicam que esse papel de cuidar não é simplesmente um reflexo de sobrecarga física exigido da tarefa de cuidador, mas que também transmite um componente emocional na prestação de cuidado. A sensação de “sentir-se preso na tarefa de cuidar” foi uma associação mediada pela demência e pelos sintomas depressivos do cuidador.

Em outro estudo dessa revisão, Chow e Ho<sup>134</sup> identificaram que tanto os cuidadores quanto os alvos de cuidado apresentam os mesmos números de doenças crônicas e os cuidadores foram aproximadamente dois anos mais novos do que os beneficiários. Em média, os cuidadores exercem 14,5 horas por dia de cuidado, o que foi significativamente um preditor de depressão. A depressão clínica foi encontrada em 12,9% dos cuidadores. O propósito de vida foi negativamente relacionado à depressão, quanto maior o propósito de vida diminui a chance de depressão em 0.89 vezes.

Conforme já mencionado, as metanálises de Pinquart e Sörensen<sup>7-10</sup> integram estudos empíricos que apontam as diferenças entre esposas, filhas e noras cuidadoras quanto aos impactos do cuidar, do papel dos recursos de enfrentamento e o grau de impacto sobre o bem-estar. As esposas cuidadoras reportam mais sintomas depressivos, maior sobrecarga física e financeira, menores níveis de bem estar psicológico, usam menos suporte informal e vivenciam mais o estresse psicológico pelo fato de dar mais cuidado.

Ainda sobre as metanálises<sup>7-10</sup>, entre os cuidadores e não cuidadores a respeito do estresse percebido, depressão, bem-estar subjetivo, saúde física e autoeficácia, revelam cuidadoras idosas (72%) em grande parte de pessoas com

demência, média de 62,5 anos de idade, esposas (58,5%), com ensino médio completo (78%), dividem as tarefas domésticas com os dependentes (71%), média de 43 horas/semana dedicadas ao cuidado dos dependentes, e estes com idade média de 75,6 anos. Concluíram que os cuidadores são mais estressados, depressivos, tem menores níveis de bem-estar subjetivo, saúde física, e autoeficácia do que os não cuidadores.

As diferenças entre os cuidadores e não cuidadores foram maiores nas amostras com gênero feminino: mulheres tendem a prestar mais cuidados pessoais e instrumentais do que os homens<sup>58</sup>; são mais propensas a demonstrar pior bem-estar do que os homens devido a sua sensibilidade aos sentimentos negativos e por ter maior disposição a reportar sentimentos negativos e estilos de enfrentamento menos efetivos. Também observaram que as diferenças entre os dois grupos foi grande em relação à depressão e autoeficácia do que em cuidadores mais novos. Dessa forma indica que os cuidadores mais velhos têm menores recursos de enfrentamento. Entretanto, quanto os níveis de estresse foram maiores nos cuidadores mais novos do que nos cuidadores mais velhos. Provavelmente porque a demanda de cuidado excede os recursos desses indivíduos que desempenham mais papéis sociais, responsabilidade, trabalho<sup>10</sup>.

Estudos relatam consistentemente que os sintomas depressivos e depressão são freqüentes entre os cuidadores informais. Em um dos estudos da revisão sistemática de Cupijipers<sup>137</sup> o risco relativo de se ter um transtorno depressivo em cuidadores de pacientes com demência, variou de 2,8 a 38,7. Sintomas depressivos entre cuidadores de pacientes com AVC também foi encontrada nos estudos de Greenwood et al<sup>138</sup>. Numa amostra de 504 cuidadores informais (média de 55 anos) de idosos dependentes (média de 74 anos de idade), 8.9% preencheram os critérios de episódio de depressão maior pelo DSM-IV, problemas de sono, concentração diminuída e humor deprimido foram os sintomas depressivos mais reportados<sup>139</sup>.

Utilizando o Modelo do Processo de Estresse de Pearlin como referencial teórico, numa revisão sistemática entre 1980 a 2010, entre cuidadores de

indivíduos com Comprometimento Cognitivo Leve (CCL), observou-se a prevalência de depressão em 23 % dos cuidadores informais<sup>140</sup>.

Não há estudos brasileiros envolvendo relações entre sintomas depressivos, estressores primários (representados por sua relação de parentesco com o idoso que é alvo de cuidados e o grau de dependência apresentada por este), estressores secundários (representados pela avaliação subjetiva da sobrecarga gerada pelo cuidado) e recursos psicológicos dos cuidadores (representados por estratégias de enfrentamento) em idosos que cuidam de outros idosos. Comparar dados resultantes da investigação dessas relações com dados da literatura internacional sobre o mesmo assunto é uma contribuição para o esclarecimento da questão da universalidade dos temas relativos ao estresse e ao enfrentamento no contexto do cuidado familiar a idosos. O conhecimento produzido poderá ensejar novas formas de intervenção clínica com essa clientela, visando-se ao seu bem-estar e ao bem-estar dos idosos que vivem sob seus cuidados.

Este estudo utiliza a base eletrônica de dados da pesquisa intitulado *Bem-estar psicológico de idosos que cuidam de outros idosos no contexto da família*, em desenvolvimento na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. O presente estudo almeja descrever uma amostra de cuidadores idosos a partir de suas características socioeconômicas (idade, gênero, escolaridade, renda e saúde percebida) as quais também podem ser consideradas como recursos pessoais<sup>119</sup>, de seus estressores objetivos (grau de dependência física e cognitiva do idoso alvo de cuidado), dos estressores subjetivos (sobrecarga), das estratégias utilizadas no enfrentamento do estresse ou desafios do cuidar e da presença de depressão. Visa também identificar relações multivariadas entre as variáveis de recursos, estressores e estratégias de enfrentamento com a manifestação de sintomas depressivos entre os mesmos.

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo Geral:**

Identificar associações entre variáveis sociodemográficas, estressores de natureza objetiva e subjetiva, estratégias de enfrentamento e a presença de sintomatologia depressiva em idosos que cuidam informalmente de outros idosos no contexto domiciliar.

### **2.2 Objetivos Específicos:**

- a) Descrever a amostra de cuidadores idosos segundo suas características sociodemográficas (gênero, idade, escolaridade, renda familiar e estado conjugal), tempo em que é cuidador e o grau de parentesco com o idoso alvo de cuidado; número de demandas objetivas; grau de dependência cognitiva do alvo de cuidado; grau e tipos de sobrecarga; uso de estratégias de enfrentamento (*coping*) e sintomas depressivos;
- b) Identificar a formação de agrupamentos ou subgrupos de cuidadores segundo características sociodemográficas, tempo em que é cuidador e grau de parentesco);
- c) Identificar os domínios que compõem os construtos de sobrecarga e enfrentamento por meio de análise fatorial exploratória das Escalas ZBI e o Inventário de *Coping* da Califórnia.
- d) Identificar as correlações entre as variáveis (idade, tempo de cuidado, anos de escolaridade, renda familiar, número de demandas objetivas, grau de dependência cognitiva, tipos de estratégias de enfrentamento, grau e tipos de sobrecarga e depressão.
- e) Identificar associações independentes e a atuação conjunta das variáveis sociodemográficas, tempo em que é cuidador, grau de parentesco, número de demandas objetivas e demanda cognitiva do idoso alvo de cuidado, grau e tipos de sobrecarga e o uso de estratégias de enfrentamento sobre a presença de sintomatologia depressiva dos idosos cuidadores.

### **3. Material e Métodos**

#### **3.1 Delineamento**

Esta pesquisa se caracterizou por ser de corte transversal, descritiva e correlacional. O presente estudo é fruto de esforços da análise parcial dos dados provenientes do banco de dados do Estudo intitulado “*Bem-estar psicológico de idosos que cuidam de outros idosos no contexto da família*”, desenvolvido pelos pós-graduandos e professores do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Essa pesquisa buscou investigar relações entre o bem-estar psicológico de pessoas que cuidam de idosos doentes ou com algum grau de dependência e as características pessoais, familiares e de saúde desses cuidadores.

#### **3.2 Participantes**

Para o presente estudo participaram 121 idosos com 60 anos e mais, que cuidam do/a cônjuge ou companheiro/a, dos pais ou de outros parentes idosos dependentes no contexto domiciliar. A amostra foi composta por critérios de conveniência a partir da indicação de cuidadores por parte de profissionais de serviços de saúde públicos e privados que atende a população idosa nas cidades de Jundiaí, Vinhedo, Indaiatuba e Campinas.

#### **3.3 Critérios de Exclusão:**

Foram excluídos os cuidadores que pontuaram abaixo da nota de corte estabelecido pelo CASI-S, versão abreviada do *Cognitive Abilities Screening Instrument* - Short Form<sup>141</sup> validado para o Brasil por Damasceno et al<sup>142</sup>. O ponto de corte para déficit cognitivo é 23 para níveis de sensibilidade de 76,7% e de especificidade de 86,5%, um valor preditivo (VP) positivo de 5,68, e um VP negativo de 0,27. Para sujeitos com 70 anos ou mais, o ponto de corte é 20, com sensibilidade de 71,4% e especificidade de 97,1%. O teste é de aplicação mais fácil e mais rápida, e é mais apropriado para pessoas de baixa escolaridade e

analfabetos do que o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM).

### **3.4 Critérios de Inclusão:**

Foram incluídos sujeitos com 60 anos e mais, cuidando de um familiar idoso doente e com algum grau de dependência há 6 meses ou mais, e concordar em participar da pesquisa.

### **3.5 Procedimentos:**

Os sujeitos foram recrutados pelos pesquisadores por duas maneiras: abordados no consultório geriátrico particular, na cidade de Jundiaí, SP enquanto aguardavam a consulta ou após a mesma, e recrutados através do serviço de atenção domiciliar, em seus domicílios, agendada a visita previamente por telefone, nas cidades de Indaiatuba, Vinhedo e Campinas SP.

### **3.6 Local do Estudo:**

As entrevistas foram realizadas no serviço de saúde e no domicílio realizado por pesquisadores treinados.

### **3.7 Aspectos Éticos da Pesquisa:**

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas, número do CAAE: 35868514.8.0000.5404 e respeita as exigências cabíveis das Resoluções n. 196/96 e n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo1).

Após o convite para a participação neste estudo, os cuidadores idosos que cuidam de outros idosos foram informados sobre os objetivos e procedimentos do estudo, assim como o caráter sigiloso, gratuito e voluntário de sua participação, o não oferecimento de riscos biopsicossociais à amostra estudada e a possibilidade de o participante abandonar a pesquisa, se assim o desejasse. Após a aceitação

da participação no estudo, os cuidadores assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 4).

Não houve benefício direto relativo à participação dos voluntários na pesquisa, entretanto ao final da entrevista foi entregue um manual com orientações pertinentes a comunicação com o idoso (Anexo 5).

### **3.8 Instrumentos:**

Foi utilizado um protocolo de pesquisa para levantamento das seguintes variáveis e medidas:

**a) Características sociodemográficas do cuidador:** Composta por sete perguntas sobre gênero; idade; escolaridade; estado conjugal; renda familiar; tempo que cuida e relação de parentesco com o idoso.

**b) Número de demandas objetivas:** O grau de dependência do idoso que é alvo de cuidados para o desempenho de AIVD e de ABVD foi avaliado respectivamente pelas escalas de *Lawton e Brody*<sup>143</sup> em versão de *Brito, Nunes e Yuaso*<sup>144</sup> e pela escala de *Katz et al*<sup>145</sup> validada para o Brasil por *Lino et al*<sup>146</sup>. Na primeira pergunta-se-á aos idosos cuidadores sobre o nível de independência do alvo do cuidado em sete atividades (para usar o telefone, usar o transporte, fazer compras, preparar refeições, realizar tarefas domésticas, tomar medicações e manejar dinheiro). As possibilidades de resposta são “totalmente independente”, “precisa de ajuda parcial” ou “precisa de ajuda total”. A segunda escala pergunta se os idosos são totalmente independentes, se precisam de alguma ajuda ou se precisam de ajuda total em 6 atividades (para tomar banho, vestir-se, usar o vaso sanitário, realizar transferências, controlar esfíncteres e alimentar-se). Ao instrumento original, inclui-se uma questão complementar a todos os itens, a saber: “O Sr. é o principal responsável pela ajuda?” Para o presente estudo,



utilizou-se apenas as respostas positivas a essa pergunta complementar, cujo número de afirmativas poderia variar entre 0 e 13 atividades de vida diária em que o cuidador era a principal fonte de ajuda.

**c) Grau de Comprometimento Cognitivo do alvo de cuidado:** O status cognitivo do idoso alvo de cuidados será avaliado por entrevista em que será pontuado o grau de seu eventual comprometimento, através do *Clinical Dementia Rating* (CDR)<sup>147,148</sup>, que pontua de 0 a 3 o grau de comprometimento das funções memória, orientação, julgamento e solução de problemas, relações comunitárias, lar e passatempos e cuidados pessoais. A classificação final do CDR segue um conjunto de regras elaboradas e validadas por Morris<sup>147</sup>, conforme a Figura 2.

1	M=2 ou mais Sec; CDR=M Exceto:
2	M= 0; 2 Sec = M e 3 Sec ≠ 0; CDR= 0,5 Outras situações:
3	M=0,5; demais Sec 0; CDR=0,5
4	M ≥ 0,1; demais Sec <1; CDR =0,5
5	M =1 Sec; 2 Sec < M; 2 Sec > M; CDR = M
6	M>2 Sec e < 3 Sec; CDR = M
7	M <2 Sec e > 3 Sec; CDR = M
8	M = < ou > 4 Sec; CDR = maioria das Sec, exceto quando as categorias forem 0 e M=0,5 (regra 3).

Figura 2. Regras gerais para a classificação pelo *Clinical Dementia Rating* (CDR).

M=memória; Sec:categorias secundárias: orientação, julgamento e solução de problemas, relacionamento comunitário, lar e passatempo, cuidados pessoais; CDR: classificação final, 0=normal, 0,5 =questionável, 1=leve, 2=moderado e 3=grave.

**d) Avaliação subjetiva da sobrecarga do cuidado:** Através da ZBI de Zarit e colaboradores<sup>96,97</sup>, composta por 22 itens com cinco pontos cada um (0 = nunca a 4 = sempre), os quais refletem aspectos do desconforto do cuidador com a saúde, a vida pessoal e social, a situação financeira, o bem-estar emocional e as relações interpessoais. O instrumento gera um escore total que varia de 0 a 88 e que reflete o nível de sobrecarga do cuidador. No Brasil, Scazufca<sup>77</sup> realizou a tradução e a validação do instrumento utilizando-se de amostras de cuidadores de pessoas idosas com distúrbios de humor e outros distúrbios psiquiátricos. O índice alfa de

Cronbach, indicador da consistência interna da escala foi de 0,87. No presente estudo a sobrecarga será considerada a partir: de seu escore total, por níveis (muito baixo, baixo, médio e alto) derivados a partir da distribuição da amostra em quartis, fatores resultantes da análise fatorial exploratória (AFE) e a frequência preponderante de sobrecarga representativa dos fatores encontrados.

**e) Estratégias de Enfrentamento.** Utilizado o Inventário de Estratégias de Enfrentamento<sup>107</sup>, derivado do *California Coping Inventory*<sup>149-151</sup>. O instrumento contém 19 itens de quatro pontos cada um (nunca = 0, de vez em quando = 1, quase sempre = 2 e sempre = 3) e uma estrutura de cinco fatores: 1. Foco na expressão de emoções negativas, excessos comportamentais e em comportamentos de risco; 2. Foco em tentativas de controle do ambiente, por exemplo: acreditar que outros darão conta do evento, tentar obter informações antes de agir, procurar suporte social; 3. Foco na religiosidade; 4. Comportamentos de esquiva, envolvendo estratégias cognitivas e comportamentais que atenuam o potencial estressor do evento e 5: Foco em inibição das emoções. Os fatores explicaram 55,1% da variabilidade total dos dados e, em conjunto, apresentaram confiabilidade interna moderada ( $\alpha = 0,523$ )<sup>107</sup>. Para o presente estudo serão utilizados os fatores resultantes da análise fatorial exploratória aplica às respostas dos idosos cuidadores. Os fatores resultantes serão considerados tipos específicos de estratégias de enfrentamento. A partir da pontuação média dos idosos nesses tipos específicos de estratégias, será identificado a frequência de cuidadores com uso preponderante de estratégias representativas dos fatores encontrados.

**f) Escala de Depressão Geriátrica (Geriatric Depression Scale, GDS-15):** Trata-se de escala dicotômica, em que os participantes são convidados a assinalar a presença ou a ausência (sim x não) de sintomas referentes a mudanças no humor e a sentimentos específicos como desamparo, inutilidade,

desinteresse, aborrecimento e felicidade, desenvolvida por Yesavage et al<sup>152</sup>. No Brasil, o ponto de corte maior ou igual a seis pontos é adotado segundo estudo de validação da escala realizado por Almeida e Almeida<sup>153</sup>.

### **3.9 Análises dos dados:**

As informações obtidas mediante a aplicação dos instrumentos foram submetidas à análise estatística descritiva e a testes não paramétricos. Por seu intermédio obteve-se dados de frequências absolutas e relativas. Para comparação das variáveis categóricas foram utilizados os testes Qui-Quadrado ou exato de Fisher (para valores esperados menores que 5), o teste de Mann-Whitney para comparação das variáveis numéricas entre dois grupos, e o teste de Kruskal-Wallis para comparação das variáveis numéricas entre três ou mais grupos.

Com o objetivo de estudar o perfil da amostra, foi feita análise de conglomerados (*Cluster Analysis*)<sup>154</sup> mediante o método da partição. A análise de conglomerados é uma técnica usada para classificar objetos ou casos em grupos relativamente homogêneos chamados conglomerados. Os objetos em cada conglomerado tendem a ser semelhantes entre si, mas diferentes de objetos em outros conglomerados. A análise comparativa da composição dos conglomerados obtidos foi feita mediante os testes Kruskal-Wallis e Exato de Fisher.

Para identificar as correlações entre as variáveis numéricas de interesse, utilizou-se a análise de correlação de Spearman.

Para analisar a formação de fatores dentre os itens da ZBI e da Escala de Estratégias de Enfrentamento foi utilizada a Análise Fatorial Exploratória<sup>155</sup>. Primeiro foi verificado a Medida de Adequação da Amostra de Kaiser – Meyer-Olkin (MAS/KMO), em seguida o teste do *scree plot* para fixar o número de fatores. Posteriormente, foi aplicada a rotação dos fatores pelo método ortogonal

*Varimax* e para analisar a consistência interna dos fatores obtidos foi utilizado o coeficiente alfa de *Cronbach*.

Para estudar os fatores associados à presença de sintomas depressivos foi utilizada a análise de regressão logística univariada e multivariada<sup>156</sup>, com critério *Stepwise* de seleção de variáveis.

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja,  $p < 0.05$ .

#### 4. Resultados

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e relativas ao cuidado dos idosos. Cerca de 73% da amostra foi composta pelo sexo feminino. A idade dos entrevistados variou de 60 a 86 anos, com média de 70,5 anos (DP=7,20). O estado civil, em maioria, foi de casados (83%). A renda familiar bruta, em média foi de 4,3 salários mínimos (DP=3,79) e a escolaridade de 5,8 anos de estudo (DP=4,32), variando de 0 a 19 anos de escolaridade. Em relação ao grau de parentesco com o alvo de cuidado, 62% são cônjuges seguido de outros vínculos como progenitores, sogros, irmãos, tios e filho. A maior parte dos cuidadores também foi caracterizada como cuidadores principais (88%) e 84% da amostra coreside com o alvo de cuidados. O tempo médio que exercem o papel de cuidador foi de 5,34 anos (DP=6,27), variando de seis meses a 40 anos. Não houve diferenças quanto ao sexo dos participantes no que se referiu às variáveis sociodemográficas e relativas ao cuidado.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e relativa ao cuidado da amostra de cuidadores (n= 121). Campinas-SP, 2015.

<b>Variáveis</b>	<b>n (%)</b>	<b>Média (DP)</b>
Gênero		
Feminino	88 (72,8)	
Masculino	33 (27,2)	
Faixa etária		70,45 (7,20)
60 - 69	55 (45,4)	
70 - 79	48 (39,6)	
80 ou mais	18 (15,0)	
Renda familiar		4,30 (3,79)
< 2.5 s.m.	37 (33,0)	
2.5 – 3.9 s.m.	40 (35,7)	
≥ 4 s.m.	35 (31,3)	
Escolaridade		5,81 (4,32)
0	11 (9,4)	
1-4	56 (48,0)	
5-8	30 (25,6)	
9 ou mais	20 (17,0)	
Estado conjugal		
Casado	98 (83,0)	
Solteiro	8 (7,0)	
Viúvo	6 (6,0)	
Divorciado	5 (4,0)	
Relação de Parentesco		
Cônjuge	75 (62,0)	
Outros Progenitor	25 (38,0)	
Único cuidador		
Sim	74 (88,2)	
Não	45 (11,8)	
Corresidência		
Sim	101 (84,0)	
Não	20 (16,0)	
Tempo de cuidado (anos)		5,34 (6,27)
< 2.0	33 (27,3)	
2.0 – 4.9	43 (34,7)	
≥ 5.0	46 (38,0)	

Para descrever a amostra segundo a formação de agrupamentos considerando as variáveis sociodemográficas e do contexto de cuidado. Foi utilizada a análise de conglomerados ou *Clusters*, com o método de partição, estabelecendo a priori a criação de três grupos ou conglomerados. As Tabelas 2 e 3 apresentam os clusters formados. As variáveis que distinguiram os grupos foram o grau de parentesco, a renda e o tempo em que exercem o papel de cuidador.

A estrutura com três clusters ou conglomerados apresentou um  $R^2$  de 0,271, ou seja, explicou de 27,1% da variabilidade dos dados. A Tabela 2

apresenta as variáveis que mais contribuíram na formação dos mesmos (variáveis com maior  $R^2$ ) foram: renda familiar (0,73) e tempo de cuidador (0,52). As características que compuseram o Cluster 1 foram ser predominantemente formado por cônjuges, por cuidadores com maior renda familiar e com menor tempo em que exercem o papel. O Cluster 2 foi predominantemente formado por indivíduos com outro tipo de parentesco (não cônjuge), com menor renda familiar e com maior tempo em que é cuidador. Por sua vez, o Cluster 3 foi predominantemente formado por cônjuges, porém com menor renda familiar e com menor tempo que exerce o papel de cuidador.

Tabela 2. Tamanho dos clusters conforme análise das variáveis idade, gênero, parentesco, renda familiar bruta e tempo de cuidador (121). Campinas-SP, 2015.

Grupos	N(%)	RMS <sup>2</sup>	Distância máxima observada do centro	Cluster mais Próximo	Distância entre os centróides do grupo
		Desvio-padrão			
1	14(5)	0.8374	2.7444	3	3.2438
2	6 (11)	0.9864	2.2595	3	3.5299
3	101(84)	0.8589	2.9272	1	3.2438

Tabela 3. Comparação das variáveis categóricas entre os 3 clusters (n=121). Campinas-SP, 2015.

Variáveis	Clusters			Valor p*
	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	
Gênero				
Masculino	3 (21)	0 (00)	30 (30)	0.333
Feminino	11 (79)	6 (100)	70 (70)	
Parentesco				
Cônjuge	13 ( <b>93</b> )	1 (17)	61 ( <b>60</b> )	<b>0.003</b>
Outros	1 (7)	5 ( <b>83</b> )	40 (40)	

\**Teste Exato de Fisher*

Tabela 4. Comparação das variáveis numéricas (idade, renda bruta, tempo de cuidador) entre os 3 cluster de cuidadores (n=121). Campinas-SP, 2015.

Variáveis	Cluster 1 Média (DP)	Cluster 2 Média (DP)	Cluster 3 Média (DP)	Valor p*
Idade	72,8 (4,44)	70,5 (6,69)	70,1 (7,51)	0, 223
Renda bruta	12,000 (3640,1)	3190,0 (1070,1)	2606,8 (1253,7)	<b>&lt; 0,001</b> <b>1≠2, 1≠3</b>
Tempo de cuidador (meses)	58,7 (49,5)	302 (133,9)	50,6 (44,5)	<b>&lt; 0,001</b> <b>2≠1, 2≠3</b>

\*Valor p referente ao teste de Kruskal-Wallis

No intuito de explorar possíveis especificidades do cuidador idoso quanto à percepção de sobrecarga e de enfrentamento, os respectivos instrumentos utilizados no presente estudo foram submetidos à Análise Fatorial Exploratória. A Tabela 5, apresenta os resultados da análise fatorial exploratória dos itens da ZBI na amostra (n=110). A medida MSA de Kaiser ficou acima de 0,60 indicando que a amostra tem consistência para ser utilizada na análise fatorial. Pelo critério de seleção de fatores com auto-valor maior que 1, foram obtidos 8 fatores, que explicaram 71,5% da variabilidade dos dados. Pelo teste do *scree plot* (Figura 3), optou-se por fixar a extração de 3 fatores, que explicaram 44,0% da variabilidade total, uma vez que a partir deste fator a curva se estabiliza, sem maiores aumentos do percentual acumulado de explicação da variância. A Tabela 5 apresenta as cargas e a composição dos fatores após rotação ortogonal *Varimax* e a comunalidade dos itens da escala.



Tabela 5. Resultados da análise fatorial exploratória dos itens da escala Zarit na amostra (n=110).  
Campinas-SP, 2015

	<b>Autovalor</b>	<b>Diferença</b>	<b>Proporção</b>	<b>Acumulativo</b>
1	<b>5,83350338</b>	3,67648535	<b>0,2652</b>	<b>0,2642</b>
2	<b>2.15701803</b>	0,47044673	<b>0,0980</b>	<b>0,3632</b>
3	<b>1,68657130</b>	0,18683448	<b>0,0767</b>	<b>0,4399</b>
4	1,49973682	0,23262571	0,0682	0,5080
5	1,26711111	0,08954816	0,0576	0,05656
6	1,17756296	0,06880811	0,0535	0,6192
7	1,10875485	0,10874102	0,0504	0,6696
8	<b>1,00001383</b>	0,10211977	0,0455	<b>0,7150</b>
9	0,89789406	0,13483110	0,0408	0,7558
10	0,76306295	0,11344436	0,0347	0,7905
11	0,64961860	0,02393756	0,0295	0,8200
12	0,62568104	0,06694240	0,0284	0,8485
13	0,55873864	0,09451298	0,0254	0,8739
14	0,46422565	0,03595791	0,0211	0,8950
15	0,42826775	0,03533568	0,0195	0,9144
16	0,39293207	0,03494656	0,0179	0,9323
17	0,35798551	0,07020174	0,0163	0,9486
18	0,28778377	0,01959444	0,0131	0,9617
19	0,26818932	0,02972477	0,0122	0,9738
20	0,23846456	0,0242758	0,0108	0,9847
21	0,21203697	0,08719014	0,0096	0,9943
22	0,12484684		0,0057	1,0000

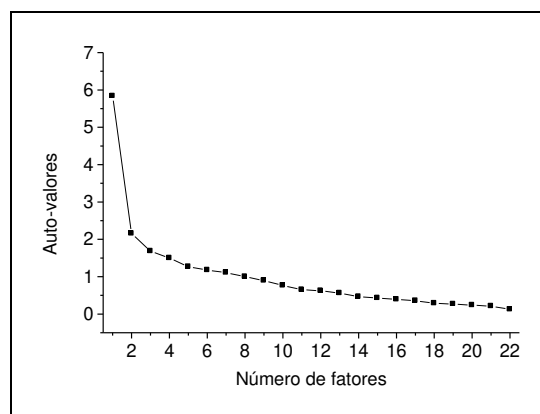


Figura 3. Teste do *scree plot* para número de fatores da Zarit Burden Interview (ZBI).

A Tabela 6, a seguir, apresenta os 3 fatores resultantes, por ordem da carga fatorial do item no fator. Verifica-se que o fator 1 foi composto por 10 itens com carga maior que 0.30, o fator 2 por 7 itens e o fator 3 por 5 itens. Os itens 3, 10, 9 e 7 obtiveram carga  $>0.30$  em mais de 1 fator e foram alocados no fator com maior carga. O item 20 foi o de maior comunalidade, isto é, teve 76.5% de sua variabilidade explicada pelos fatores, e o item 14 foi o de menor comunalidade (13.1%). E apresenta os coeficientes de consistência interna (*alfa de Cronbach*) para medir a confiabilidade da escala Zarit pelos 3 fatores obtidos na análise fatorial exploratória e para o total. Verificou-se alta consistência interna para todos os fatores e o total.

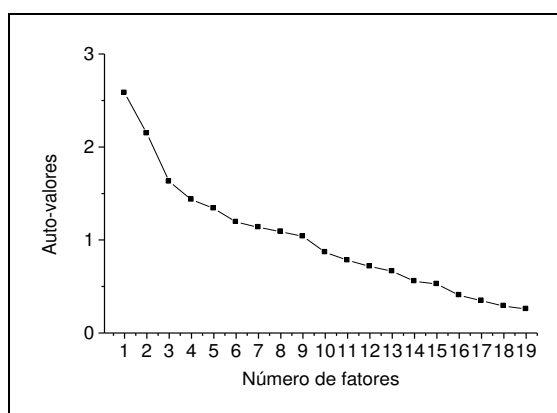
Tabela 6. Estrutura fatorial resultante de rotação ortogonal *Varimax* para Zarit Burdem Interview (ZBI). Campinas-SP, 2015.

<b>Fatores</b>	<b>Cargas</b>	<b>Itens</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
<i>Fator 1</i>	0,7635 0,7372 0,7266 0,6733 0,6715 0,5588 0,5397 0,4292 0,3723 0,3076	I17. Perdeu o controle de sua vida desde a doença do alvo. I12. Sua vida social esta prejudicada porque esta cuidando. I22. Sente-se sobrecarregado I2. Não tem tempo para si mesmo porque esta cuidando I3. Sente-se estressado entre cuidar e suas responsabilidades familiares I11. Sente-se que não tem mais privacidade I10. Sente sua saúde afetada depois envolvimento com o cuidado do alvo. I13. Não sente mais vontade de receber visitas em casa I8. Sente que o alvo depende do senhor (a). I14. Sente que o alvo espera de você como se fosse a única pessoa de quem depende.	0,828
<i>Fator 2</i>	0,7438 0,6899 0,5861 0,5833 0,5647 0,4326 0,3159	I4. Sente-se envergonhado com o comportamento do alvo I5. Sente-se irritado quando ele esta por perto. I6. Sente que o alvo afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos. I18. Gostaria que outra pessoa cuidasse I9. Sente tenso quando ele esta por perto I1. Sente que ele pede mais ajuda do que necessita. I16. Sente incapaz de cuidar por muito tempo	0,717
<i>Fator 3</i>	0,8405 0,8323 0,5797 0,5748 0,4006	I21. Sente-se que poderia cuidar melhor. I20. Sente que deveria estar fazendo mais por ele. I15. Sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar somando as outras despesas. I19. Sente que tem duvida sobre o que fazer. I7. Sente receio pelo futuro	0,715
Total			0,857

A Tabela 7 apresenta os resultados da análise fatorial exploratória dos itens do Inventário de Estratégias de Enfrentamento na amostra (n=97). A medida MAS (*Measure of Sampling Adequacy*) de Kaiser ficou abaixo de 0,60 indicando que a amostra tem baixa consistência para ser utilizada na análise fatorial. Pelo critério de seleção de fatores com auto-valor maior que 1, foram obtidos 9 fatores, que explicaram 71,5% da variabilidade dos dados. Pelo teste do *scree plot* (Figura 4), sugeriu-se fixar a extração de 3 fatores, que explicam 33,5% da variabilidade total, uma vez que a partir deste fator a curva se estabiliza, sem maiores aumentos do percentual acumulado de explicação da variância.

Tabela 7. Resultados na análise fatorial exploratória dos itens da escala de enfrentamento (n=97).

	<b>Autovalor</b>	<b>Diferença</b>	<b>Proporção</b>	<b>Acumulativo</b>
1	<b>2.58211427</b>	<b>0.43542663</b>	<b>0.1359</b>	<b>0.1359</b>
2	<b>2.14668764</b>	<b>0.51913230</b>	<b>0.1130</b>	<b>0.2489</b>
3	<b>1.6275534</b>	<b>0.19338358</b>	<b>0.0857</b>	<b>0.3345</b>
4	1.43417176	0.09515900	0.0755	0.4100
5	1.33901277	0.14601579	0.0705	0.4805
6	1.19299698	0.05626990	0.0628	0.5433
7	1.13672708	0.04699952	0.0598	0.603
8	1.08972756	0.05047128	0.0574	0.6605
9	<b>1.03925628</b>	<b>0.17032471</b>	<b>0.0547</b>	<b>0.7152</b>
10	0.86893157	0.08725345	0.0457	0.7609
11	0.78167812	0.06582993	0.0411	0.8020
12	0.71584819	0.05162195	0.0377	0.8397
13	0.66422624	0.10841603	0.0350	0.8747
14	0.55581022	0.03041360	0.0293	0.9039
15	0.52539661	0.11889674	0.0277	0.9316
16	0.40649987	0.06083104	0.0214	0.9530
17	0.34566882	0.05633061	0.0182	0.9712
18	0.28933821	0.030985776	0.0152	0.9864
19	0.25835246		0.0136	1.0000

Figura 4. Teste do *scree plot* para número de fatores da Escala de Enfrentamento.

A tabela 8 apresenta os 3 fatores resultantes, por ordem da carga fatorial do item no fator. Verifica-se que o fator 1 foi composto por 7 itens com carga maior que 0.30, o fator 2 por 6 itens e o fator 3 por 4 itens. Os itens 1 e 4 foram excluídos por terem carga <0.30 em todos os fatores. Os itens 7 e 3 obtiveram carga >0.30 em mais de 1 fator e foram alocados no fator com maior carga. O item 8 foi o de maior comunalidade, isto é, teve 65.7% de sua variabilidade explicada pelos fatores, e o item 4 foi o de menor comunalidade (13.0%). E apresenta os coeficientes de consistência interna (*alfa de Cronbach*) para medir a confiabilidade da escala de enfrentamento pelos 3 fatores obtidos na escala fatorial exploratória. Verificou-se a consistência interna abaixo de 0.70 para todos os fatores.

Tabela 8. Estrutura fatorial resultante da análise exploratória aplicada ao Inventário de Estratégias de Enfrentamento.

<b>Fatores</b>	<b>Cargas</b>	<b>Itens</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
<i>Fator 1</i>	0,5703	J18. Usa remédios para controlar ansiedade / depressão.	0,585
	0,5381	J2. Acha que aconteceu por culpa dos outros.	
	0,5351	J7. Demonstra hostilidade.	
	0,5249	J13. Bebe e come em excesso.	
	0,5211	J9. Isola-se.	
	0,4571	J19. Grita e xinga.	
	0,4016	J12. Pensa que as coisas poderiam ter sido piores.	
<i>Fator 2</i>	0,6737	J14. Fortalece laços afetivos.	0,522
	0,6119	J6. Procura distrair-se.	
	0,5712	J10. Confia em outras pessoas.	
	0,5108	J16. Procura relaxar.	
	0,3222	J5. Espera mais informações.	
	-0,3702	J11. Guarda seus sentimentos ( <b>carga negativa</b> ).	
<i>Fator 3</i>	0,8086	J8. Reza.	0,575
	0,7454	J15. Confia em Deus.	
	0,4697	J17. Tenta esquecer.	
	0,4416	J3. Queixa-se ou desabafa.	
Total			0,449

A Tabela 9 dá continuidade à descrição da amostra segundo as medidas de sobrecarga objetiva e subjetiva, estratégias de enfrentamento e depressão para a amostra total e por sexo. A sobrecarga objetiva representada pelo número de atividades de vida diária em que o cuidador é a principal fonte (0 a 13 atividades) foi dividida em tercís que se distribuíram de 0 a 4 atividades, de 5 a 7 atividades e de 8 a 13 atividades, esse último terço sendo considerado o de maior demanda física. Outra fonte de sobrecarga objetiva foi avaliada pelo grau de comprometimento cognitivo do alvo de cuidado. A maior parte dos cuidadores cuida de idosos com graus leves de comprometimento, representado pela categoria que agrupou triagem cognitiva com resultados de comprometimento questionável e leve (44,8%).

A sobrecarga percebida ou subjetiva, verificada pela ZBI, apresentou uma média de 26,1 pontos ( $DP=14$ ) variando de 3 a 80 pontos. A distribuição por quartis considerou a pontuação de 23 a 33 pontos e maior que 34 pontos, como respectivamente moderada e alta. A partir da composição fatorial da ZBI, denominou-se os Fator 1 como o domínio do construto relativo à percepção de tensões ligadas ao papel, Fator 2 denominado como o domínio de percepção de tensões intrapsíquicas e o Fator 3 interpretado como o domínio relativo à presença ou ausência de competência e expectativas negativas ligadas ao cuidado, pode-se derivar a frequência de idosos com pontuação média preponderante em um dos fatores identificados. Os fatores 1 e 3 revelaram as maiores frequências.

Também, a partir da composição fatorial do Inventário de Estratégias de Enfrentamento, pode-se também identificar a frequência de idosos com pontuação média preponderante em um dos fatores identificados. Denominou-se os fatores de 1, 2 e 3. Apenas um indivíduo obteve maior média em estratégias relativas ao fator 1, ao qual foi denominado “estratégias disfuncionais”. Por sua vez, 26 indivíduos tiveram preponderância ao uso de “estratégias de enfrentamento de controle secundário seletivas”, alocadas no fator 2, com média 2,68 ( $DP=0,60$ ), variando de 1,41 a 4 pontos. No fator 3, denominado “estratégias de controle secundário compensatórias”, 91 indivíduos tiveram a preponderância ao uso dessas estratégias, com a média de 3,12 ( $DP=0,54$ ) variando de 1 a 4 pontos. Cerca de 24% da amostra apresentou

pontuação na escala GDS-15 sugestiva de presença de sintomatologia depressiva. A pontuação média foi de 3,75 (DP=2,8), variando de 0 a 11 pontos.

Tabela 9. Frequências, médias e desvios-padrão da amostra referentes às variáveis de sobrecarga objetiva e subjetiva, estratégias de enfrentamento e depressão para amostra total e por sexo (n=121). Campinas-SP, 2015

Variáveis	n (%)	Média (DP)	Sexo		Valor P
			Masculino	Feminino	
Número de demandas objetivas de cuidado					
0-4	34 (29)		11 (33)	23 (27)	0,222
5-7	46 (39)		15 (46)	31 (35)	
8-13	40 (32)		17 (21)	33 (38)	
Demanda cognitiva do alvo de cuidado (CDR)		1,15 (1,06)			0,287
0	25 (21)		10 (30)	15 (18)	
0.5-1	52 (45)		13 (41)	39 (46)	
2-3	39 (34)		9 (29)	30 (36)	
ZBI (total)		26,14 (14,0)			
ZBI ( <i>quartis</i> )					
≤ 15	29 (24)		8 (24)	21 (24)	
16-22	30 (25)		10 (31)	20 (23)	
23-33	28 (23)		8 (24)	20 (23)	
≥34	34 (28)		7 (21)	27 (30)	
Tipo de Sobrecarga predominante					
Fator 1	66 (54)	1.43 (0,91)	11 (33)	55 ( <b>62</b> )	<b>0,007</b>
Fator 2	12 (10)	0,67 (0,67)	3 (9)	9 (10)	
Fator 3	43 (36)	1,23 (1,03)	19 ( <b>58</b> )	24 (23)	
Tipo de Estratégias de Enfrentamento					
Disfuncionais	1 (0,85)	1,52 (0,44)	1 (3)	0 (0,00)	<b>0,049</b>
Controle Secundário Seletivas	26 (22,03)	2,68 (0,60)	10 ( <b>32</b> )	16 (18)	
Controle Sec. Compensatórias	91 (77,12)	3,12 (0,54)	20 (65)	71 ( <b>82</b> )	
GDS (total)		3,75 (2,80)			
Sim	29 (24)		4 (12)	25 (28)	
Não	92 (24)		29 (88)	63 (72)	

Entre os clusters a diferença significativa só ocorreu quanto ao tipo de enfrentamento, conforme mostra a Tabela 10. Houve predominância no cluster 1 de estratégias de controle secundário seletivas e de estratégias de controle secundário compensatórias nos clusters 2 e 3.

Tabela 10. Comparação dos tipos de estratégias de enfrentamento preponderantes entre os 3 clusters (n=121). Campinas, SP. 2015

Variáveis	Clusters			Valor <i>p</i>
	1 (14) n (%)	2 (6) n (%)	3 (101) n (%)	
<i>Tipos de Estratégias de Enfrentamento predominante:</i>				
Estratégias Disfuncionais	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1)	0.015
Estratégias de Controle Sec. Seletivas	8 (57)	1 (17)	17 (17)	
Estratégias de Controle Sec. Compensatória	6 (43)	5 (83)	80 (82)	

A Tabela 11 apresenta as correlações entre as variáveis de interesse da amostra. Houve correlação negativa entre idade e estratégias disfuncionais e estratégias de controle secundário compensatórias. O número de demandas objetivas de cuidado correlacionou-se positivamente com tempo de cuidado e demanda cognitiva, fator 1 da ZBI (percepção de tensões ligadas ao papel) e com ZBI total. A idade correlacionou negativamente com anos de escolaridade e estratégias disfuncionais e estratégias de controle secundário compensatórias. Escolaridade correlacionou-se positivamente com estratégias de controle secundário seletivas e com renda e correlacionou negativamente com a idade. O enfrentamento disfuncional correlacionou-se negativamente com estratégias de controle secundário seletivas e positivamente com os fatores 1 (tensões ligadas ao papel), fator 2 (tensões intrapsíquicas) e fator 3 (presença ou ausência de competências e expectativas ligadas ao cuidado) da ZBI e da ZBI total. E observou-se que depressão correlacionou negativamente com uso de estratégias de controle secundário seletivas e positivamente com demanda cognitiva, estratégias disfuncionais, fatores 1, 2,3 da ZBI e da ZBI total.



Tabela11. Correlação entre as variáveis idade, tempo de cuidado, escolaridade, renda, CDR total, demanda objetiva, GDS total, estratégias disfuncionais, secundárias seletiva e compensatória, construto da Zarit (1,2,3) e Zarit total.

	Idade	Tempo de cuidado	Escolaridade (anos)	Renda (s.m.)	CDR total	Demanda Objetiva	GDS (total)	Estratégias disfuncionais	Estratégias controle secundário seletiva	Estratégias controle secundário Compensat.	Zarit Fato 1	Zarit Fator 2	Zarit Fator 3
Tempo de cuidado*	r=0,02425 p=0,7917												
Escolaridade	<b>-0,31556</b> <b>0,0005</b>	-0,04099 0,6608											
Renda	-0,06939 0,4672	0,07691 0,4203	<b>0,50117</b> <b>&lt;0,0001</b>										
CDR total	0,07172 0,4442	0,13797 0,1397	0,06060 0,5256	-0,12478 0,2004									
Demanda objetiva	-0,09155 0,3200	<b>0,19558</b> <b>0,0323</b>	-0,01182 0,08994	-0,10167 0,2883	<b>0,50880</b> <b>&lt;0,001</b>								
GDS total	0,13087 0,1525	0,07237 0,4302	0,00995 0,9152	0,02345 0,8062	<b>0,23062</b> <b>0,0128</b>	0,09166 0,3194							
Estratégias Disfuncionais	<b>-0,21628</b> <b>0,0239</b>	0,02590 0,7892	0,08447 0,3916	0,10746 0,2848	0,07616 0,4423	-0,03337 0,7317	<b>0,48581</b> <b>&lt;0,001</b>						
Est.Contr. Secund.Seletiva	-0,08477 0,3786	0,17906 0,0612	<b>0,25254</b> <b>0,0090</b>	0,07447 0,4592	0,05592 0,5673	-0,07375 0,4460	<b>-0,31256</b> <b>0,0009</b>	<b>-0,21086</b> <b>0,0334</b>					
Est.Contr. Sec . Compensatório	<b>-0,18867</b> <b>0,0425</b>	0,15204 0,1033	-0,03885 0,6842	-0,17653 0,0689	-0,10468 0,2656	-0,10468 0,2656	-0,03831 0,6831	-0,05177 0,5964	0,14214 0,1422				
Zarit Fator 1	-0,03878 0,6834	0,06565 0,4897	0,01875 0,8465	0,03555 0,7188	0,13928 0,1506	<b>0,37659</b> <b>&lt;0,001</b>	<b>0,38696</b> <b>&lt;0,001</b>	<b>0,33002</b> <b>0,0007</b>	-0,18011 0,0673	0,11050 0,2549			
Zarit Fator 2	0,08727 0,3453	-0,02555 0,7827	-0,00517 0,9563	0,15731 0,1007	0,04750 0,6157	0,03769 0,6853	<b>0,25034</b> <b>0,0060</b>	<b>0,31347</b> <b>0,0009</b>	-0,05082 0,5997	0,05709 0,5463	<b>0,54447</b> <b>&lt;0,0001</b>		
Zarit Fator 3	-0,01848 0,8432	0,01053 0,9103	0,06849 0,4798	-0,06839 0,4798	-0,01479 0,8770	-0,09842 0,2932	0,33001 0,0003	0,35782 0,0002	-0,18529 0,0560	-0,05635 0,5551	<b>0,23719</b> <b>0,0122</b>	<b>0,22501</b> <b>0,0122</b>	0,22501 0,0156
Zarit Total	0,02418 0,7924	0,06456 0,4818	0,03761 0,6873	0,3827 0,6887	0,13110 0,1607	0,20338 0,0259	0,45999 <b>&lt;0,001</b>	0,44091 <b>&lt;0,001</b>	-0,15895 0,0972	0,05463 0,5603	<b>0,85866</b> <b>&lt;0,001</b>	<b>0,70267</b> <b>&lt;0,001</b>	<b>0,58889</b> <b>&lt;0,001</b>

\*r=coeficiente de correlação de Spearman; p=valor -p

As Tabelas 12 e 13 apresentam os resultados das análises de regressão logística univariada e multivariada, considerado a relação com presença de depressão. A Tabela 12 apresenta o resultado da análise univariada para estudar a relação dos fatores associados a depressão, excluindo o tipo de enfrentamento disfuncionais, uma vez que apenas um indivíduo teve preponderância nesse tipo de estratégia. As variáveis escolaridade (entre 5 a 8 anos), CDR (comprometimento cognitivo do alvo de cuidado, entre moderado a grave) e Escore total da ZBI (entre 23-33 pontos sobrecarga moderada e 34 e mais pontos de sobrecarga grave).

Tabela 12. Resultados da análise de regressão logística univariada para depressão (n=120). Campinas-SP, 2015.

Variável	Categorias	Valor-P	O.R.*	IC 95% O.R.*
Idade	60-69anos (ref.)	---	1.00	---
	70-79 anos	0.665	0.81	0.31 – 2.13
	≥80 anos	0.074	2.80	0.91 – 8.66
Sexo	Masculino (ref.)	---	1.00	---
	Feminino	0.081	2.78	0.88 – 8.73
Renda familiar	≥4.0 SM (ref.)	---	1.00	---
	2.5-3.9 SM	0.828	1.13	0.39 – 3.26
	<2.5 SM	0.833	1.13	0.38 – 3.35
Parentesco	Não cônjuge (ref.)	---	1.00	---
	Cônjuge	0.355	1.52	0.63 – 3.71
Escolaridade	≥9 anos (ref.)	---	1.00	---
	5-8 anos	<b>0.014</b>	14.53	1.72 – 123.05
	1-4 anos	0.099	5.88	0.72 – 48.25
	0 ano	0.662	1.90	0.11 – 33.69
Tempo em que é cuidador	<2 anos (ref.)	---	1.00	---
	2.0-4.9 anos	0.601	1.35	0.43 – 4.22
	≥5 anos	0.339	1.71	0.57 – 5.10
Número de demanda objetiva de cuidado	0-4 (ref.)	---	1.00	---
	5-7	0.135	0.42	0.13 – 1.31
	8-13	0.389	1.56	0.57 – 4.25
CDR	0 (ref.)	---	1.00	---
	0.5-1	0.095	3.83	0.79 – 18.52
	2-3	<b>0.041</b>	5.31	1.07 – 26.25
Escore total Zarit	≤15 (ref.)	---	1.00	---
	16-22	0.965	0.96	0.18 – 5.21
	23-33	<b>0.007</b>	6.93	1.68 – 28.55
	≥34	<b>0.046</b>	4.14	1.03 – 16.71
Tipo de sobrecarga Predominante	Fator 1 (ref.)	---	1.00	---
	Fator 2	0.488	0.57	0.11 – 2.84
	Fator 3	0.734	0.86	0.35 – 2.10
Tipo de enfrentamento	Funcionais primárias (ref.)	---	1.00	---
	Funcionais secundárias	0.215	2.08	0.65 – 6.65

\* OR (*Odds Ratio*) = Razão de risco para depressão; (n=91 sem depressão e n=29 com depressão).

IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. Ref.: nível de referência

A Tabela 13 apresenta os resultados da análise multivariada com critério *Stepwise* de seleção de variáveis, verificou-se que as variáveis escore total da ZBI, escolaridade, idade e sexo foram selecionadas como sendo significativamente associadas à depressão. A maior probabilidade de depressão foi dada pela atuação conjunta de: escore total da ZBI de 23-33 pontos (risco 17,1 vezes maior), os com 5-8 anos de escolaridade (risco 37.6 vezes maior), os com 80 ou mais anos (risco 5,0 vezes maior), e os do sexo feminino (risco 4,8 vezes maior).

Tabela 13. Resultados da análise de regressão logística multivariada para depressão (n=99). Campinas, 2015.

Variáveis	Categorias	Valor-P	O.R.*	IC 95% O.R.*
Escore total Zarit	≤15 (ref.)	---	1.00	---
	16-22	0.577	1.81	0.22 – 14.64
	23-33	<b>0.004</b>	17.12	2.45 – 119.80
	≥34	0.091	4.91	0.78 – 30.99
Escolaridade	≥9 anos (ref.)	---	1.00	---
	5-8 anos	<b>0.004</b>	37.60	3.29 – 429.40
	1-4 anos	0.113	6.76	0.64 – 71.61
	0 ano	0.873	1.32	0.05 – 38.71
Idade	60-69anos (ref.)	---	1.00	---
	70-79 anos	0.128	0.32	0.07 – 1.39
	≥80 anos	<b>0.049</b>	4.95	1.01 – 25.80
Sexo	Masculino (ref.)	---	1.00	---
	Feminino	<b>0.038</b>	4.80	1.09 – 21.08

\* OR (*Odds Ratio*) = Razão de risco para depressão; (n=75 sem depressão e n=24 com depressão).

IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis.

## 5. Discussão

O presente estudo buscou caracterizar uma amostra de cuidadores idosos em termos sociodemográficos, de demandas objetivas e subjetivas, de estratégias de enfrentamento e de presença de depressão. Embora limitado em seus aspectos metodológicos, as evidências descritivas e analíticas do estudo trazem evidências para uma discussão gerontológica a respeito da condição especial de prestar cuidados de longo prazo a idosos ao mesmo tempo em que se experimenta ou enfrenta-se, no âmbito pessoal, os efeitos do envelhecimento e os desafios da velhice.

A literatura clássica a respeito dos cuidadores de idosos em geral apresentava o perfil associado ao sexo feminino, a ser filha e à meia-idade como descritivos daqueles que exerciam primariamente esse papel. Uma vez que o alvo foram cuidadores já idosos, foram levantadas as características de uma nova representação de indivíduos que exercem esse papel. Embora continue preponderantemente feminina, a partir dos resultados obtidos no presente estudo, vê-se adicionadas as características de pertencerem à faixa etária entre 60 e 69 anos e os baixos graus de instrução. Destacaram-se também os tipos de vínculos com o alvo de cuidados, sendo mais frequentes os cuidadores cônjuges e aqueles que corresidem com os idosos dependentes.

Em média, os cuidadores pesquisados exercem as tarefas de cuidado há cerca de 5,3 anos ( $DP=6,27$ ), considerando, entretanto, uma ampla variação encontrada nesse período de tempo, a saber, cuidadores que exerciam o cuidado há apenas seis meses àqueles que assim procediam há cerca de 40 anos. O último tercil de distribuição dos cuidadores por tempo no desempenho do papel aponta para indivíduos que envelheceram cuidando de um ente querido dependente. A maior parte desses cuidadores são os únicos responsáveis pelas tarefas de cuidado cotidiano aos alvos de cuidado (88,2%). A renda familiar média entre os pesquisados foi de 4,3 salários mínimos ( $DP=3,79$ ), possivelmente resultante da somatória das aposentadorias da díade idoso cuidador - idoso alvo de cuidado.

Considerando esse conjunto de características, três grandes grupos, ou *clusters*, puderam ser distinguidos por meio da análise de conglomerados em função do grau de parentesco, de renda familiar e de tempo em que exerce o cuidado. Cerca de 11% da amostra compartilhou as características de serem cônjuges, com maior renda familiar e menor tempo em que é cuidador. Um segundo grupo, a saber, cinco por cento da amostra, se distinguiram por ser composto por outro tipo de parentesco ou vínculo com ou alvo de cuidado, menor renda familiar e maior tempo em que exerce o papel de cuidador. Por sua vez, um grupo maior de cuidadores (84%) compartilhou as características de serem cônjuges, com menor renda familiar e menor tempo em que exercem o papel de cuidador. Levantou-se a possibilidade de que os cuidadores do cluster 1, devido a posse de mais recursos econômicos e menor tempo de cuidado manifestassem menor desgaste emocional e físico. Por sua vez, aventou-se a possibilidade de que o cluster 2 tendesse a enfrentar certas dificuldades por talvez ainda exercerem outras tarefas relativas a papéis concorrentes (pois não eram cônjuges) e devido a menor renda.

Demandas objetivas de natureza cognitiva ou ligadas a assegurar a realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária foram avaliadas por meio do levantamento do grau de comprometimento cognitivo do alvo de cuidado e da somatória de atividades de vida diária em que o cuidador é a principal fonte de ajuda. Em linhas gerais, pode-se considerar que as demandas de origem cognitiva foram em graus leves (44,8%), sendo significativa a parcela de idosos que geram altas demandas (33,6%). Para caracterizar as demandas de natureza física ligadas ao auxílio em AVD's e AIVD's, criou-se um escore que variou entre zero e 13 atividades em que o cuidador é a principal fonte de ajuda. Esse escore diferenciava-se das formas habituais de estimar sobrecarga física, pois na maior parte dos estudos levantam-se os graus de comprometimento em capacidades funcionais dos idosos alvos de cuidado<sup>157,158</sup>. O intuito nesse estudo foi o de identificar conjuntamente o nível de demanda física e de responsabilidades cotidianas. Na amostra pesquisada, os tercís se dividiram entre zero e quatro atividades, de cinco a sete atividades e de oito a 13 atividades. Ou seja, o último terço, além de ser representativo de cuidadores com maior número de demandas, também foi o mais

desigual, pois houve variação de seis pontos entre os cuidadores que pontuaram nessa faixa.

Tem havido a defesa de que o cuidador idoso está exposto a uma dupla condição de vulnerabilidade. Fatores relativos ao envelhecimento normativo ou patológico em si associam-se a demandas específicas de cuidado que podem levar não só a um senso de sobrecarga, mas também de esgotamento de estratégias de enfrentamento e desfechos negativos em saúde física e mental. A identificação desse senso de sobrecarga ou, como temos denominado ao longo do texto, da sobrecarga percebida, foi realizada por meio por meio da análise da distribuição da amostra em quartis da *Zarit Burden Interview* (ZBI). Embora a escala possa variar de 0 a 88 pontos, encontrou-se na presente amostra uma variação de três a 80 pontos. Contudo, o último quartil variou de 34 a 80 pontos, revelando grande variabilidade, e apenas doze indivíduos pontuando acima de 50 pontos. Assim, a média para a amostra total foi de 26,1 pontos, considerada, na distribuição total, um grau moderado de sobrecarga percebida.

Outros estudos também encontraram sobrecarga moderada, entre 21 a 40 pontos, em diferentes contextos de cuidado, nas demências (Doença de Alzheimer e Corpos de Lewy), AVE, comprometimento cognitivo e em cuidados paliativos<sup>26,38,159-164</sup>.

Na população do estudo de Schreiner, Morimoto, Arai, Zarit<sup>165</sup>, idosos cuidadores de AVE, DPOC e deficiências em geral (média de 60 (DP=14,04), 65 (DP=12,79) e 60 (DP= 12,68) anos de idade, respectivamente), os resultados sugeriram uma nota de corte da ZBI variando de 24-26 como significativamente preditiva para a identificação de cuidadores em risco de depressão. Embora, seja necessária cautela sobre o uso de pontos de corte para categorizar níveis de tensão do cuidador, além de permitir identificar os cuidadores que precisam de uma avaliação para depressão e a possibilidade de risco para depressão, também fornece intervenções necessárias para melhorar a qualidade de vida destes que exercem um papel tão importante.

Na presente amostra de cuidadores idosos, as variáveis gênero e idade não foram estatisticamente associadas aos graus de sobrecarga percebida (como representada pela pontuação por faixas na ZBI). Entre cuidadores de faixas etárias

menores que 60 anos<sup>38,160,166</sup> sugerem que os jovens cuidadores experimentaram mais sobrecarga que os mais velhos e, de igual modo, que as mulheres experimentam mais sobrecarga do que os homens.

Distúrbios comportamentais e comprometimento cognitivo dos idosos que são alvo de cuidado geralmente são os mais importantes na determinação de desfechos negativos na saúde física e psicológica dos cuidadores familiares, do que outros estressores, entre eles o ônus das tarefas<sup>10</sup>. Entretanto, não houve evidências de associação de sobrecarga do cuidador com o número de tarefas de cuidado (demanda objetiva), esse fato pode ser mais forte em amostras probabilísticas do que em amostras de conveniência<sup>10</sup>.

No intuito de explorar peculiaridades quanto à experiência de sobrecarga, a análise fatorial exploratória auxiliou na sugestão de possíveis domínios explicativos desse construto quando aplicado a idosos. Utilizando-se dos termos propostos pelo o modelo de estresse do cuidador de Pearlin e colaboradores<sup>59</sup>, pode-se interpretar os itens que compuseram o Fator 1 como o domínio do construto relativo à percepção de tensões ligadas ao papel (refere-se as questões referentes ao impacto na vida dos cuidadores, como a falta de tempo, de privacidade, danos na vida social, deterioração da saúde, sensação de perda de controle da vida). O Fator 2 pode ser interpretado como o domínio de percepção de tensões intrapsíquicas (ou de manifestações emocionais específicas, como sentimentos de vergonha, raiva, indecisão sobre o cuidado). O Fator 3 pode ser interpretado como o domínio relativo à presença ou ausência de competência e expectativas negativas ligadas ao cuidado (percebe que deveria estar fazendo mais ou cuidando melhor).

Interessante observar que, em outros estudos internacionais que incluíram amostras de cuidadores de idosos, houve similar ordenação dos domínios explicativos. Estudos em que apresentaram 3, 4 e 5 fatores obtiveram uma variabilidade total da escala entre 50,4% a 66,2%. A ordenação dos fatores e suas denominações também foram similares: impacto ou tensões relacionadas ao papel de cuidar, tensões interpessoais e sentimentos de culpa/receio, expectativas e/ou competências<sup>103,104,162,163</sup>. Nessas populações, a amostra variou entre 62 a 611 cuidadores, a média de idade variou em 48,4 a 56,5 anos, mulheres (85 a 87%),

cônjuges (35,8% a 49,3%) e corresidem com o alvo de cuidados (49,8% a 66%). Entretanto, em estudos que investigaram resultados de análise fatorial da escala de Zarit em grupos de cuidadores formados pelo critério do acometimento em saúde do idoso alvo de cuidado, encontrou-se uma composição fatorial com diferente interpretação, como no estudo de Ferreira et al<sup>105</sup>, que na análise fatorial evidenciaram-se cinco dimensões de sobrecarga (perda de controle, sacrifício, dependência, receio/angústia e autocrítica), aplicado na amostra de cuidadores de doentes em cuidados paliativos domiciliários. No estudo de Siegert et al<sup>106</sup>, com cuidadoras de sequela de pacientes de AVE, revelou três fatores, sendo denominados como tensão pessoal, tensão ao papel e culpa. Pode-se aventar a possibilidade de que o construto de sobrecarga não varie em função da idade do cuidador, mas sim do acometimento do idoso dependente que gera diferentes demandas ao cuidador.

A partir dos domínios de sobrecarga gerados pela interpretação dos fatores da análise fatorial exploratória, buscou-se identificar o percentual de indivíduos que pontuaram acima da média do grupo nos itens referentes a cada domínio. A maior parte dos idosos tiveram pontuação preponderante no domínio 1, denominado tensões ligadas ao papel, e esses itens também são considerados os mais explicativos do construto. Destaca-se, entretanto, uma diferença significativa entre os sexos nesse estudo o tipo de sobrecarga predominante com diferença significativa entre os gêneros. As mulheres obtiveram maiores pontuações no fator 1 (ou domínio das tensões ligadas ao papel e os homens o fator 3 (ou o domínio da ausência de competência e expectativas ligadas ao cuidado). É possível que as mulheres percebam mais o impacto do cuidar sobre a possibilidade de investirem em outros aspectos da vida, e os homens, por ser o cuidado menos relacionado tradicionalmente a estes, perceberem os efeitos sobre o senso de competência ou capacidade, ou na expectativa de que seus esforços gerem resultados positivos.

Frente às demandas objetivas e subjetivas, os indivíduos lançam mão de um conjunto de estratégias que visam adaptação ou crescimento diante de tais estressores. Para compreender a utilização desses conjuntos de estratégias comportamentais utilizadas por idosos frente ao desafio de cuidar de outros idosos, a composição fatorial gerada pela análise fatorial exploratória do Inventário de Estratégias de Enfrentamento<sup>107,149-151</sup> gerou três fatores ou domínios



explicativos. Embora se trate de escala construída à luz do paradigma de estresse e *coping*, as quais buscam discriminar os comportamentos ou ações basicamente em estratégias de ação direta sobre o problema ou estratégias de manejo dos efeitos do estresse sobre o bem-estar, ou mesmo entre *coping* assimilativo e acomodativo, o conteúdo dos itens que compõem o inventário e a organização dos mesmos nos fatores possibilitou outra via interpretativa.

À luz dos fenômenos motivacionais e de auto-regulação dos processos de desenvolvimento e envelhecimento, utilizou-se explicações baseadas na Teoria Motivacional *life span*<sup>167</sup> que atualiza as contribuições advindas dos estudos dos processos adaptativos e bem-sucedidos<sup>168</sup> e as teorias de controle primário e secundário. Tal teoria defende que os esforços para exercer o controle primário sobre o ambiente e os desafios adaptativos que eles apresentam são uma fonte de motivação constante e universal durante toda a vida. No entanto, como a capacidade dos indivíduos para o controle primário diminui na idade avançada, os idosos normalmente precisam investir mais esforços na busca de metas de controle primário e podem precisar ativar estratégias de controle secundário (seletivas ou compensatórias, como por exemplo, buscar conselhos com outros, antecipar e imaginar sucesso, estratégias de autoproteção como rezar ou confiar em ente superior) que os ajudem a manterem-se comprometidos e envolvidos, apesar dos desafios que enfrentam. Além disso, quanto certas metas de controle primário tornam-se inatingíveis de forma real ou avaliada cognitivamente pelos indivíduos, estes precisam desengajar-se delas em favor de outras para prosseguir a partir de metas possíveis.

A Teoria Motivacional *life span* busca explicar como os indivíduos conseguem manter uma agenda ativa de esforços para o controle primário mesmo ao deparar-se com grandes desafios no decorrer da vida em termos de ganhos e perdas em potencial de controle real. Os avanços da teoria estão em identificar processos motivacionais e seus correlatos comportamentais relativos ao engajamento em metas de vida, a persistência no alcance das metas e ao desengajamento de metas. Diferencia-se das perspectivas anteriores ao identificar a atuação dos processos de seleção e compensação em estratégias que visam a otimização do controle primário. Frente às limitações ou restrições no controle primário, descrevem estratégias seletivas ou compensatórias de controle

secundário que auxiliam a motivação para o controle primário sobre o ambiente e seus desafios, ou então, de desengajamento das metas.

Utilizando-se dessas terminologias e considerando o processo de cuidar como um desafio apresentado ao cuidador, sobre o qual o controle primário o é restrito ou não possível, a composição fatorial resultante utilizando-se as respostas dos idosos sobre seus comportamentos de enfrentamento conduziram às seguintes interpretações. O fator 1 reuniu estratégias disfuncionais ou seja, que não favorecem ou motivam o controle sobre os desafios relativos ao cuidar. Fizeram parte estratégias de esquiva ou excessos comportamentais que não favorecem o enfrentamento nem a curto nem em longo prazo. O fator 2 reuniu estratégias que referem-se a processos motivacionais através do uso de estratégias de controle secundário seletivas. Ou seja, referem-se a comportamentos que recrutam recursos de natureza sociais ou psicológicos disponíveis frente ao desafio adaptativo como fortalecer os laços afetivos, confiar em outras pessoas e procurar relaxar. Por sua vez, o terceiro fator reuniu estratégias de controle secundárias compensatórias como de autoproteção psicológica frente às limitações ao controle primário, como rezar, confiar em Deus, ou tentar esquecer.

Condizente com a literatura a respeito de enfrentamento e envelhecimento, o percentual de idosos que se utiliza preponderantemente de cada tipo de estratégia nesse estudo, ratificou a menor tendência em utilizar-se, em média, de estratégias disfuncionais, e maior tendência em utilizar-se de estratégias de autoproteção (ou de controle secundário compensatório) e de estratégias controle secundário seletivo<sup>119</sup>. É possível que as do controle secundário compensatório tenha se sobressaído entre cuidadores idosos devido à natureza do estressor em questão, ou seja, o estresse crônico associado ao cuidar, num contexto de baixa perspectiva de alteração na situação ou refletindo maior incontrollabilidade do estressor, como exemplo, eventos relacionados à finitude<sup>11,107</sup>.

Um dos desfechos mais pesquisados no contexto do cuidar é a presença de depressão ou de sintomas depressivos manifestos pelo cuidador. Na presente amostra cerca de 24% dos cuidadores obtiveram um escore (na escala GDS-15) indicativo de depressão. Considera-se, entretanto, que a prevalência encontrada

se assemelha à descrita em estudos epidemiológicos realizados em amostras de idosos residentes na comunidade. Devido às condições de estresse e sobrecarga a que estão submetidos os idosos pesquisados, poderia haver a expectativa de uma maior prevalência entre estes.

Cogitou-se e argumentou-se ao longo da introdução ao presente estudo que grupos característicos de cuidadores poderiam manifestar diferenças em termos de sobrecarga, enfrentamento e depressão<sup>169</sup>. A comparação realizada entre os grupos ou *clusters* formados no presente estudo a respeito desses indicadores revelou apenas diferenças estatisticamente significativa quanto à utilização de estratégias de enfrentamento. Houve predominância de utilização de estratégias seletivas de controle secundário no grupo ou cluster 1, ou seja, formado por cônjuges, com maior renda familiar e menor tempo que exercem o cuidado. Possivelmente, esse grupo disponha de mais recursos sociais e financeiros e menor desgaste no cuidado o que ainda os permita acionar recursos seletivos para um controle secundário sobre a fonte estressora, ou seja, ainda gerência as tarefas de cuidar. Houve predominância de utilização de estratégias de autoproteção ou de controle secundário compensatório nos grupos dois (outros vínculos, menor renda e maior tempo em que exerce o cuidado) e três (cônjuges, menor renda e menor tempo), cujas características de recursos econômicos e desgaste ocasionado pelo tempo em que cuidam, gerando possivelmente limitações ao controle primário dos desafios, influenciem maior utilização de vias de autoproteção do que de acionamento de compensação do controle.

As análises de correlação entre as variáveis numéricas do estudo identificaram associações previstas na literatura. Em linhas gerais, associação entre escolaridade e estratégias de controle secundária seletivas encontradas sugere o grau de instrução como sinalizador da presença de outros recursos no enfrentamento dos desafios do cuidado. Sobrecarga percebida foi associada positivamente a demanda objetiva, GDS total e ao uso de estratégias disfuncionais e também aos domínios da ZBI do construto 1 (tensões ligada ao papel, 2 (tensões intrapsíquicas) e 3 (domínio da ausência de competência e expectativas ligadas ao cuidado). Por sua vez, as associações entre depressão e estratégias de enfrentamento sugerem que o uso de estratégias disfuncionais representadas por esquiva e excessos comportamentais sejam prejudiciais e levem ao aumento dos

sintomas depressivos. A utilização de estratégias de controle secundário (quer seletivas ou compensatórias) talvez atue como protetoras do bem-estar, ao relacionarem a menores pontuações na escala de depressão.

A análise de regressão univariada identificou associações independentes entre escolaridade, CDR (comprometimento cognitivo do alvo do cuidado), score total da ZBI (entre 23-33 pontos e 34 e mais pontos) e depressão. Ter uma escolaridade intermediária (entre cinco a oito anos de estudo) pode refletir como altas demandas do dia a dia, da sobrecarga em desempenhar tal papel, sem ter recursos disponíveis, embora sua instrução permitisse conhecê-las. Destaca-se a associação encontrada entre presença de sintomas depressivos com o grau de comprometimento cognitivo do idoso alvo de cuidado. Prejuízos cognitivos que se manifestam principalmente por meio de problemas comportamentais são descritos na literatura como uma das maiores fontes de estresse do cuidador e de institucionalização do idoso dependente<sup>31,170</sup>, sendo mais determinante do que as demandas de cuidado objetiva.

Para identificar a atuação conjunta das variáveis do estudo sobre a presença de sintomas depressivos, a análise de regressão multivariada apontou para a apresentação conjunta das condições: escore de sobrecarga percebida em grau moderado (23-33 pontos da ZBI); grau de instrução intermediário, sexo feminino, e a faixa etária mais velha (acima de 80 anos).

Tal resultado sugere a atuação de mecanismos complexos subjacentes. Os resultados descritivos univariados e associações bivariadas anteriores apontaram que as mulheres percebem maiores tensões relativas ao cuidar, ou seja, sentem-se privadas da própria vida ou interesses em prol do cuidar. Tais mulheres, aos 80 anos ou mais, com escolaridade considerada alta em relação à sua coorte ou o que se encontra na realidade idosa brasileira e que sugere mulheres que talvez possuam outros interesses e envolvimento ao longo da vida para além dos domésticos e se vêem impossibilitada na realização de outras metas revelando um grau moderado de sobrecarga que ainda a permita cuidar a despeito dessas queixas. Talvez também percebam o estreitamento do tempo de vida e o reflexo dessa condição possa talvez estiver se manifestando na forma de sintomas depressivos tais como sentir a vida vazia, sentir perda de energia ou de

capacidade de derivar satisfação. Chama atenção o fato de as estratégias de enfrentamento não figurarem nos resultados nem como possíveis fontes de risco ou proteção para a depressão o que talvez se relacione com a alta probabilidade de depressão representada pela sobrecarga percebida, para a qual atuação das estratégias de enfrentamento possam não ter sido suficientes para amortecer ou mediar às relações entre os fenômenos da sobrecarga e da depressão.

Os resultados da análise multivariada apontam então para um perfil de cuidadores idosos mais vulneráveis à depressão, e consequentemente a desfechos negativos em termos de saúde e envelhecimento.

Sendo assim, cabe ressaltar algumas contribuições gerais advindas do presente estudo. O próprio objeto de estudo procurou inovar ao pesquisar os cuidadores idosos e suas especificidades em gerir a demanda de cuidados. Expõe a possibilidade de que o número de atividades em que o cuidador é o principal responsável no auxílio, interfira mais do que o grau de dependência do idoso. Essa possibilidade não foi confirmada, mas futuros estudos podem explorar tal hipótese. Visa atentar a ideia de subgrupos de cuidadores, considerando que os mesmos são um grupo heterogêneo entre si.

Esse estudo também explora o construto de sobrecarga entre idosos e verifica as semelhanças com a literatura, instigando à hipótese de que o comprometimento do alvo de cuidado deve ser levado em questão e não apenas variáveis como gênero e idade. Também explora o enfrentamento à luz das teorias recentes de motivação para o desenvolvimento e envelhecimento. Colabora no embasamento sobre a depressão e identifica os fatores associados na presença na identificação de grupos vulneráveis a prejuízo em saúde mental e impacto ao bem-estar.

## 6. Conclusões e Considerações finais

Podem-se aventar algumas contribuições gerais dessa pesquisa, tais como: relevância da amostra estudada, sendo idosos que cuidam de outros idosos no contexto domiciliar; presença significativa de cuidadores homens, baixos níveis de depressão (e não diferenciou-se por gênero), estresse e sobrecarga; a sobrecarga no idoso parece ser semelhante a outras faixas etárias, embora na amostra, os domínios do construto se diferenciaram por gênero, algumas características peculiares distinguiram entre subgrupos de cuidadores como, o grau de parentesco, renda e tempo em que exerce o cuidado; quanto ao uso de estratégias de enfrentamento, homens e mulheres experimentam o cuidar e usam estratégias diferentes: homens selecionam outros recursos para lidar (estratégias seletivas), enquanto que as mulheres usam mais estratégias compensatórias, como autoproteção psicológica.

Contradizendo a literatura, essa pesquisa sinalizou que quanto maior a idade, menos o uso de Estratégias de Controle Secundário Compensatórias, como rezar, confiar em Deus. Na análise de regressão multivariada, revelou um perfil específico de cuidadores: mulheres, mais idosas ( $\geq 80$  anos), sobrecarga moderada (23-33 pontos) e possuir uma escolaridade intermediária (5 a 8 anos), caracterizando um provável grupo de risco para depressão.

Algumas limitações do presente estudo devem ser consideradas. Especialmente as limitações de natureza metodológica: estudo de corte transversal, não permitindo identificar relações de causalidade; amostra de conveniência, o que limita as generalizações dos achados. O Inventário de Estratégias de Enfrentamento, utilizado como instrumento para avaliar estratégias frente ao desafio de cuidar, não é específico para essa finalidade. Salienta-se também, que, embora a GDS-15 seja amplamente utilizada em estudos clínicos e epidemiológicos, esta avalia somente humores disfóricos e foi o único instrumento de rastreio utilizado para análise da prevalência de depressão. Seria interessante utilizar-se de outros instrumentos de rastreio como por exemplo a *Center for Epidemiological Studies Depression* (CES-D), que inclui também sintomas somáticos<sup>171,172</sup> ou mesmo investigações diagnósticas. Estudos prospectivos e

longitudinais poderão trazer evidências mais consistentes sobre os resultados encontrados e desempenharão um papel proeminente dentro da gerontologia.

Futuros trabalhos deverão avaliar os subgrupos de cuidadores idosos nas diferentes estratégias de enfrentamento e considerar que as estratégias mudam ao longo do tempo e quais fatores podem afetar essa mudança. Instigamos a replicar esse estudo, refinar medidas e instrumentos e apontar as discrepâncias de necessidades de atenção a variáveis não incluídas, como identificar mediadores e moderadores da sobrecarga, como o suporte social, sistemas de crenças, valores e significado.

Nessa pesquisa, assim como Pearlin<sup>81</sup> criticou a prática de tratar estressores como variáveis independentes, devemos considerar as especificidades de um cuidador idoso, a exposição ao estressor crônico e a maneira de como isso afeta o curso de vida, adicionada desafios ao processo de envelhecimento pessoal.

Diante desses achados e também do embasamento teórico, é de grande relevância considerar os cuidadores em suas peculiaridades e não apenas por serem cuidadores idosos, mas subgrupos dentro dos mesmos, incluindo as trajetórias e transições da vida do idoso, suas influências sociais e estruturais, considerando esse grupo heterogêneo. Sugeriu-se, nesse estudo, que o construto de sobrecarga se mantém entre idosos assim como entre outros cuidadores. Pode-se aventar a possibilidade de que o construto de sobrecarga não varie em função da idade do cuidador, mas sim do acometimento do idoso dependente que gera diferentes demandas ao cuidador.

O desfecho de sintomas depressivos, aqui representados pela depressão, entre cuidadores idosos assemelhou-se as prevalências encontradas em idosos residentes na comunidade, com a peculiaridade de associações com condições contextuais específicas como a sobrecarga moderada, ser mulher, mais idosa e com escolaridade intermediária.

Essas evidências contribuem para um olhar mais específico para a temática e das demandas de idosos que cuidam de idosos. A busca do conhecimento sobre o cuidado e seus efeitos sobre a qualidade de vida dos idosos e daqueles que são alvo de cuidado beneficia tanto a assistência, em especial nos cuidados de

enfermagem, como gera dados importantes para aplicações em programas e intervenções e também em políticas públicas, permitindo um olhar interdisciplinar da atuação gerontológica.



## 7. Referências

1. Neri AL, Yassuda MS, Araújo LF, Eulálio, Cabral BE, Siqueira MEC et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo Fibra. Cadernos de Saúde Pública (ENSP. Impresso). 2013; 24, p. 778-92.
2. Neri AL, Borim FSA, Barros MBA, Yassuda MS, Eulálio MC. Avaliação subjetiva de saúde e fragilidade. In: Anita Liberalesso Neri. (Org.). Fragilidade e qualidade de vida na velhice. 1ed. Campinas: Alínea, 2013. p. 227-45.
3. Charles ST. Strength and Vulnerability Integration: A Model of Emotional Well-Being Across Adulthood. Psychological Bulletin. 2010; 136(6):1068–91. Doi: 10.1037/a0021232
4. Sherwood PR, Given CR, Given BA, Eye AV. Patients Caregiver Burden and Depressive Symptoms: Analysis of Common Outcomes in Caregivers of Elderly. J Aging Health. 2005; 17(2):125-47. Doi: 10.1177/0898264304274179.
5. Schulz R, Sherwood P R. Physical and mental health of family caregiving. Journal of Social Work Education. 2008; 44(3):105–13. Doi:10.1097/01.NAJ.0000336406.45248.4c.
6. Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality. The caregiver health effects study. Jama. 1999 december; 282(23):2215-19.
7. Pinquart M, Sörensen S. Spouses, adult children and children – in-law as caregivers of older adults: a meta-analytic comparison. American Psychological Association. 2011; 26(1):1-14.
8. Pinquart M, Sörensen S. Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: An updated meta-analysis. Journal of Gerontology: Psychological Science. 2006; 61(1):33 – 45.
9. Pinquart M, Sörensen S. Ethnic differences in stressors, resources and psychological outcomes of family caregiving: A meta-analysis. The Gerontologist. 2005; 45:90-106.
10. Pinquart M, Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. Psychology and Aging, 2003; 18(2): 250-67.
11. Aldwin C M, Yancura LA, Boeninger DK. Coping, health and aging. In: Aldwin CM, Park CL, Spiro III A, editors. Handbook of health psychology and aging. New York: The Guilford Press; 2007, p. 224-240.
12. Neri AL, Sommerhalder, C. As várias faces do cuidado e do bem estar do cuidador. In: A.L. Neri (Org), Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais. 2ª ed. Campinas, SP: Editora Alínea. 2006. p.9-63.

13. Oyebode J. Assessment of carers' psychological needs. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2003; 9:45–53. DOI: 10.1192/apt.9.1.45.
14. Marques MJF, Teixeira H JC, Souza DCDBN. Cuidadoras informais de Portugal: vivências do cuidar de idosos. *Trab. Educ. Saúde*. 2012 mar-jun; 10(1):147-59.
15. Carter JL, Lyons KS, Stewart BJ, Archbold PG, Scobee R. Does age make difference in caregiver strain? Comparison of Young versus older caregivers in early stage parkinson's disease. *Movement Disorders*. 2010; 25(6):724 - 30.
16. Ferreira CG, Alexandre TS, Lemos ND. Fatores associados a qualidade de vida de cuidadores de idosos em assistência domiciliária. *Saúde Soc. São Paulo*. 2011; 20(2):398-409.
17. Giocomin KC, Uchoa E, Lima-Costa MFF. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. *Cad. Saúde Publica*. 2005 set/out; 21(5): 1509-18.
18. García-Alberca JM, Cruz B, Lara JP, Garrido V, Lara A, Gris E et al. The experience of caregiving: the influence of coping strategies on behavioral and psychological symptoms in patients with Alzheimer's disease. *Aging Ment Health*. 2013; 17(5): 615-22.
19. Tomomitsu MRSV, Perracini MR, Neri AL. Influência de gênero, idade e renda sobre o bem- estar de idosos cuidadores e não cuidadores. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2013; 16(4):663-80.
20. Oliveira DC, D'Elboux MJ. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(5):829-38.
21. Vieira CP, Fialho AVM, Moreira TMM. Dissertações e teses de enfermagem sobre o cuidador informal do idoso, Brasil, 1979 a 2007. *Texto Contexto Enferm*. 2011 jan-mar; 20(1): 160-6.
22. Santos AA, Pavarini SCI. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010 mar; 31(1): 115-22.
23. Braz E, Ciosak SI. O tornar-se cuidadora na senescência. *Esc. Anna Nery Rev Enferm*. 2009 abr-jun; 13(2):372-7.
24. Rocha MPF, Vieira MA, Sena RR. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Rev Bras Enferm*. 2008 nov-dez; 61(6): 801-8.
25. Garrido R, Menezes PR. Impacto em cuidadores com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(6): 835-41.

26. Loureiro LSN, Fernandes MGM, Marques S, Nóbrega MML, Rodrigues RAP. Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos: prevalência e associação com características do idoso e do cuidador. *Rev Esc Enferm.* 2013; 47(5): 1133-40.
27. Novelli MMPC, Nitrini R, Caramelli P. Cuidadores de idosos com demência: perfil sociodemográfico e impacto diário. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo.* 2010; 21(2): 139-47.
28. Pereira RA, Santos EB, Fhon JR, Marques S, Rodrigues RAP. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. *Rev Esc Enferm.* 2013; 47(1): 185-92.
29. Gratão AC M, Talmelli LS, Figueiredo LC, Rosset I, Freitas CP, Rodrigues RAP. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. *Rev Esc Enferm.* 2013; 47(1):137-44.
30. Andrade LM, Costa MFM, Caetano JA, Soares E, Beserra, EP. A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. *Rev Esc Enferm.* 2009; 43(1): 37- 43.
31. Kim H, Chang M, Rose K, Kim S. Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *Journal of Advanced Nursing.* 2011; 68(4): 846–55. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05787.x
32. Bastawrous, M. Cargiver burden – a critical discussion. *International Journal of Nursing Studies.* 2013; 50:431–41.
33. Guedes AC, Pereira MG. Sobrecarga, enfrentamento, sintomas físicos e morbidade psicológica em cuidadores de familiares dependentes funcionais. *Rev Latino-am. Enfermagem.* 2013 jul-ago; 21(4): (06 telas).
34. Manoel MF, Teston EF, Waidman MAP, Decesaro MN, Marcon, SS. As relações familiares e o nível de sobrecarga do cuidador familiar. *Esc Anna Nery.* 2013; 17(2): 346-53.
35. Nardi EFR, Sawada, MO, Santos, JLF. Associação entre incapacidade funcional dos idosos e a sobrecarga do cuidador familiar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013; 21(5): (08 telas).
36. Gupta, R, Pillai VK, Levy EF. Relationship quality and Elder caregiver burden in India. *Journal of Social Intervention: Theory and Praticce,* 2012; 21(2):39 - 62
37. Baptista BO, Beuter M, Girardon-Perlini NMO, Brondani CM, Budó MLD, Santos NO. A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enf.* 2012 mar; 33(1): 47-56.

38. Gratão ACM, Vendrúscuolo TRP, Talmelli LFS, Figueiredo JL, Rodrigues Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Texto Contexto Enferm.* Florianópolis. 2012 abr-jun; 21(2): 304-12.
39. Pedreira LC, Oliveira MAS. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. *Rev Bras Enferm.* 2012; 65(5): 70-6.
40. Del Duca GF, Thumé E, Hallal PC. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. *Rev Saúde Pública.* 2011; 45(1):113-20.
41. George LK, Gwyther LP. Caregiver well-being: a multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *The Gerontologist.* 1986; 26:253–259.
42. Aldwin CM. Stress, coping and development: An integrative perspective. New York: Guilford; 1994.
43. Dillenburger K, McKerr L. How long are we able to go on? Issues faced by older family caregivers of adults with disabilities. *British Journal of Learning Disabilities.* 2011; 39:29–38. Doi: 10.1111/j.1468-3156.2010.00613.x
44. Cattani RB, Girardon-Perlini NMO. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista Eletrônica de Enfermagem.* 2004; 6(2): 254-71.
45. Sommerhalder C. Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar. (Dissertação Mestrado em Gerontologia). Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação; 2001.
46. Cohen CA, Colantonio A, Vernich L. Positive aspects of caregiving: rounding out the caregiver experience. *International Journal of Geriatric Psychiatry.* 2002; 17:184-8.
47. Kramer BJ. Gain in the caregiving experience: where are we? What next? *The Gerontologist.* 1997; 37(2):218-32.
48. Fernandes MGM, Garcia TR. Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Rev Esc Enferm.* 2009; 43(4): 818-24.
49. Vitaliano P, Young H, Zhang J. Is caregiving a risk factor for illness? *Current Directions in Psychological Science.* 2004; 13(1):13-6.
50. Vitaliano PP, Zhang J, Scanlan JM. Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin.* 2003; 129(6): 946-72.
51. Roth DR, Fredman L, Halley WE. Informal Caregiving and Its Impact on Health: A Reappraisal From Population-Based Studies. *The Gerontologist.* 2015; 55(2):309-19.

52. Ramsay S, Grundy E, O` Reilly D. J. Epidemiol Community Health. The relationship between informal caregiving and mortality: an analysis using the ONS Longitudinal Study of England and Wales. 2013; 67:655–60. Doi:10.1136/jech-2012-202237.
53. Roth DL, Haley WE, Hovarter M, Perkins M, Wadley VG, Judd S. Family Caregiving and All-Cause Mortality: Findings from a Population-based Propensity-matched Analysis. Am J Epidemiol. 2013; 178(10):1571–8.
54. Fredman L, cauley JA, Hochberg M, Ensrud K, Doros G. Mortality Associated with Caregiving, General Stress, and Caregiving-Related Stress in Elderly Women: Results of Caregiver-Study of Osteoporotic Fractures (SOF). J Am Geriatr Soc. 2010 May; 58(5): 937–43. Doi:10.1111/j.1532-5415.2010.02808.x.
55. Brown S, Smith DM, Schulz R, Kabeto MU, Ubel PA, Poulin M, et al. Caregiving Behavior Is Associated With Decreased Mortality Risk. Psychol Sci. 2009 April; 20(4): 488–94. Doi:10.1111/j.1467-9280.2009.02323.x.
56. O`Relly D, Connolly S, Rosato M, Patterson C. Is caring associated with an increased risk of mortality? A longitudinal study. Social Science & Medicine. 2008; 67:1282–90.
57. Gallant MP, Connell CM. The stress process among dementia spouse caregivers. Research on Aging. 1998; 20:267-88.
58. McGarry J, Arthur A. Informal caring in late life: a qualitative study of the experiences of older carers. Journal of Advanced Nursing. 2001; 33(2): 182-9.
59. Pearlin L I, Mullan JT, Sempre S J, Skaff MM. Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. The Gerontologist.1990; 30(5): 583-91.
60. Aneshensel CS. Sociological Inquiry into Mental Health: The Legacy of Leonard I. Pearlin. Journal of Health and Social Behavior. 2015; 56(2): 166–78. Doi: 10.1177/0022146515583992
61. Nolan M, Keady J, Grant G. CAMI: a basis for assessment and support with family carers. Br J Nurs.1995; 4(14): 822-6.
62. Hall J. Towards a psychology of caring. British Journal of Clinical Psychology. 1990; 29:129–44.
63. Fast J, Keating N, Otfinowski P, Dersksens L.Characteristics of family/friend care networks of frail seniors. Can J Aging. 2004; 23(1):5-19.
64. Neri AL. Palavras-chave em gerontologia. Campinas, SP: Editora Alínea. Coleção Velhice e Sociedade, 4ª edição. 2014.

65. Pearlin LI, Shieman S, Fazio EM, Meersman SC. Stress, Health, and the Life Course: Some Conceptual Perspectives. *Journal of Health and Social Behavior*. 2005; 46:205–19.
66. Pearlin LI. The Life Course and the Stress Process: Some Conceptual Comparisons. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2010; 65(2):207–15.
67. Aneshensel CS, Pearlin LI, Mullan JT, Zarit SH, Whitlatch CJ. Profiles in caregiving: The unexpected career. New York: Academic Press. 1995.
68. Sebern MD, Whitlatch CJ. Dyadic Relationship Scale: A measure of the impact of the provision and receipt of family care. *The Gerontologist*. 2007; 47:741–51.
69. Rosenberg, M. Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University. 1965.
70. Pearlin LI, Schooler C. The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*. 1978; 19:2–21.
71. Judge KS, Menne HL, Whitlatch CJ. Stress process model for individuals with dementia. *Gerontologist*. 2010 jun; 50(3):294-302. Doi: 10.1093/geront/gnp162. Epub 2009 Dec 18.
72. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *The Lancet*. 2005; 365:1961-70.
73. Family Caregiver Alliance: The National Center on Caregiving. Selected Caregiver Assessment Measures: A Resource Inventory for Practitioners 2nd Edition CA: Family Caregiver Alliance; 2012.
74. Valer DB. Adaptação do Instrumento Caregiver Burden Inventory para uso com cuidadores de pessoas idosos no Brasil. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, UFRGS. 2012.
75. Bandeira M, Calzavara MGP, Freitas LC, Barroso SM. Family Burden Interview Scale for relatives of psychiatric patients (FBIS-BR): Reliability study of the Brazilian version. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2007; 29 (1): 47-50.
76. Bandeira M, Calzavara MGP, Varella AAB. Adaptação transcultural para o Brasil de uma escala de avaliação da sobrecarga sentida pelos familiares de pacientes psiquiátricos. *Journal Brasileiro de Psiquiatria*. 2005; 54(3): 206-14.
77. Scazufca M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2002; 24(1): 12-7.

78. Medeiros MMC. Impacto da doença e qualidade de vida dos cuidadores primários de pacientes com artrite reumatóide: Adaptação cultural e validação do “Caregiver Burden Scale”. São Paulo. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. 1998.
79. Pearlin LI. Role Strains and Personal Stress. In *Psychosocial Stress: Trends in Theory and Research*, edited by H. B. Kaplan. New York: Academic Press. 1983, p.3-32.
80. Wheaton B, Young M, Montazer S, Stuart-Lahman K. Social Stress in the Twenty-first Century. In *Handbook of the Sociology of Mental Health*. 2nd ed, edited by C. S. Aneshensel, J. C. Phelan, and A. Bierman. Dordrecht, The Netherlands: Springer Science + Business Media. 2013, p. 299-323.
81. Pearlin LI. “The Sociological Study of Stress.” *Journal of Health and Social Behavior*. 1989; 30(3):241–56.
82. Pearlin LI, Aneshensel CS, LeBlanc AJ. The Forms and Mechanisms of Stress Proliferation: The Case of AIDS Caregivers. *Journal of Health and Social Behavior* . 1997; 38(3):223–36.
83. Pearlin LI, Skaff MM. Stress and the Life Course: A Paradigmatic Alliance. *The Gerontologist* . 1996; 36(2):239–47.
84. Hilgeman MM, Durkin DW, Decoster J, Allen RS, Gallagher-Thompson. Testing a Theoretical Model of the Stress Process in Alzheimer ’s Caregivers With Race as a Moderator. *The Gerontologist*. 2009; 49(2):248-61.
85. Roberto KA, Blieszner R, McCann BR, McPherson MC. Family triad perceptions of mild cognitive impairment. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2011; 66(6):756–68. Doi:10.1093/geronb/gbr107.
86. Demirtepe-Saygılı D, Bozo O. Predicting depressive symptoms among the mothers of children with leukaemia: A caregiver stress model perspective. *Psychology and Health*. 2011; 26(5):585-99.
87. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company. 1984.
88. Neri AL. Famílias cuidadoras: problemas e desafios. Conferência na Universidade de Aveiro, Portugal, em 21 de setembro de 2013.
89. Folkman S, Lazarus RS, Pimley S, Novacek J. Age Differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*. 1987; 2, p.171-84.
90. Frijda NH, Kuipers P, Schure, E. Relations among emotion, appraisal, and emotional action readiness. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989; 57:212–28.

91. Diehl M. Self-development in adulthood and aging: The role of critical life events. In: C. D. Ryff e V. W. Marshall (orgs.). *The self and the society in aging processes*. New York: Springer, 1999, p.150-83.
92. Greve W, Wentura D. Immunizing the self: Selfconcept stabilization through reality-adaptive self-definitions. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2003; 29:39–50.
93. Campbell P, Wright J, Oyebode D, Crome P, Bentham LJ, Lendon C. Determinants of burden in those who care for someone with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008; 23:1078–85.
94. Mitchell CU. Social capital and mental distress in an impoverished community. *City and Community*. 2002;1:199–222.
95. Lin N, Ensel WM. Life stress and health: Stressors and resources. *American Sociological Review*. 1989; 54:382–99.
96. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlated of feelings of burden. *Gerontologist*. 1980; 20:649-55.
97. Zarit SH, Zarit JM. The memory and behavior problems checklist – and the burden interview. Technical report, Pennsylvania State University, 1983.
98. Zarit SH, Anthony CR, Boutselis M. Interventions with caregivers of dementia patients: comparison of two approaches. *Psychol Aging* 1987;5:502-9.
99. Taub A, Andreoli SB, Bertolucci PH. Dementia caregiver burden: reliability of the Brazilian version of the Zarit caregiver burden interview. *Cad. Saúde Pública*. 2004 mar-abr; 20(2):372-6.
100. Bédard M, Molloy DW, Squire L, Dubois S, Lver JA, O'Donnell M. The Zarit Burden Interview: A New Short Version and Screening Version. *The Gerontologist*. 2001; 41( 5): 652–7.
101. Martín M, Salvador I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Taussing MI . Adaptacion para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador . *Revista de Gerontologia*. 1996; 6:338– 46.
102. Montorio, I., Izal, M., López, A., e Sánchez, M. La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez Del concepto de carga. *Anales de Psicología*. 1998; 14(2): 229- 48.
103. Sequeira CAC. Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*. 2010 mar; 2(12):9-16.
104. Ramirez VEJA, Del Rio BR, Russel MER, Lopez CGF. Validez de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y Salud*. 2008 jul-dicie; 18( 2): 237-45,



105. Ferreira F, Pinto A, Laranjeira A, Pinto AC, Lopes A, Viana A et al. Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. *Cadernos de Saúde*. 2010; 3( 2): 13-9.
106. Siegert RJ, Jackson DM, Tennante A, Turner-Stokes L. Factor analysis and rasch analysis of the Zarit Burden Interview for acquired brain injury carer research. *J Rehabil Med*. 2010; 42: 302–9.
107. Fortes-Burgos AG, Neri AL, Cupertino APFB. Eventos Estressantes, Estratégia de Enfrentamento, Auto-Eficácia e Sintomas Depressivos entre Idosos Residentes na Comunidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2008; 21(1):74-82.
108. Fortes ACG. Eventos de vida estressantes, estratégias de enfrentamento, senso de autoeficácia e estado depressivos em idosos residentes na comunidade: dados do PENSA / Andréa Cristina Garofe Fortes . -- Campinas, SP: [s.n.], (dissertação de mestrado). 2005.
109. Lazarus RS, Folkman S. Transactional Theory and Research on Emotions and Coping. *European Journal of Personality*. 1987; 1:141-69.
110. Aldwin CM, Gilmer DF. Stress Coping and Health. In: C.M. Aldwin & D.F. Gilmer. *Health, Illness and Optimal Aging: Biological and Psychosocial Perspectives*. Thousand Oaks, C.A.: Sage Publications. 2004.
111. Simonetti J, Ferreira J. Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 2008; 42(1):19-25.
- 112 Krause N. Mental disorder in late life: Exploring the influences of stress and socioeconomic status. In: Aneshensel CS and Phelan JC (eds.). *Handbook of the sociology of mental health*. New York: Kluwer Academic/Plenum. 1999:183-208.
113. Schieman S, Pudrovskaya T, Milkie MA. The sense of divine control and self-concept — A study of race differences in later life. *Research on Aging*. 2005; 27(2):165-96.
114. Afonso M. Stress, Coping e Resiliência em Pessoas Idosas. In: PAÚL, Maria Constança; RIBEIRO, Oscar (Org.). *Manual de Gerontologia: aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa-Porto: Lidel, 2012. p. 40-56.
115. Hildon Z, Montgomery S, Blane D, Wiggins RD, Netuveli G. Examining resilience of quality of life in the face on health related and psychosocial adversity a toldees age: what is “right” about the way we age? *Gerontologist*. 2009; 50(1):36-47.

116. Cartensen LL, Freund AM. The resilience of the aging self. *Dev Rev.* 1994;14:81-92.
117. Bandura A. Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In: *Self-efficacy in changing societies*. Bandura A, editor. New York: Cambridge University Press. 1995.
118. Fontes AP. Estratégias de enfrentamento, regulação emocional e bem-estar subjetivo em idosos, numa perspectiva de resiliência. (Tese de Doutorado), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP). 2015.
119. Lin IF, Wu HS. Patterns of coping among family caregivers of frail older adults. *Research on Aging.* 2014; 36(5): 603-24.
120. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. The Treatment of Depression in Older Adults: Older Adult, Family, and Caregiver Guide on Depression. HHS Pub. No. SMA-11-4631, Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services. 2011.
121. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8(2), 127-41.
122. Batistoni SST, Neri AL, Lopes LO, Krouri HT, Eulalio MC, Cabral BE. Sintomas depressivos e fragilidade. In: Anita Liberalesso Neri. (Org.). *Fragilidade e qualidade de vida na velhice. Dados do Estudo Fibra em Belém, Parnaíba, Campina Grande, Poços de Caldas, Ermelino Matarazzo, Campinas e Ivoti..* 1ed. Campinas: Alínea. 2013. p. 285-300.
123. Uccella EC. Condições de vida de idosos residentes na comunidade e suas relações com depressão: dados do Fibra polo Unicamp/ Eva Cristina Uccella, Campinas SP (s.n.), (dissertação de mestrado). 2013.
124. Rullier L, Lagard A, Bouisson J, Bergua V, Barberger-Gateau P. Nutritional status of community-dwelling older people with dementia: associations with individual and family caregivers' characteristics. *Int J Geriatr Psychiatry* 2013; 28: 580–8.
125. Hernandez AM, Bigatti SM. Depression Among Older Mexican American Caregivers. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology.* American Psychological Association. 2010;16(1):50–8.
126. Galvin JE, Tolea M, George N, Wingbermulhe C. Public–private partnerships improve health outcomes in individuals with early stage Alzheimer's disease. *Clinical Interventions in Aging* . 2014; (9):621-30.

127. Garlo K, O'Leary JR, Van Ness PH, Fried TR. Caregiver Burden in Caregivers of Older Adults with Advanced Illness. *J Am Geriatr Soc.* 2010 December ; 58(12): 2315–22. Doi:10.1111/j.1532-5415.2010.03177.x.
128. Molloy GT, Johnston DW, Gao C, Withan MD, Gray JM, Ishbel SA et al. Effects of an exercise intervention for older heart failure patients on caregiver burden and emotional distress. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* . 2006; 13( 3):381-7.
129. Givens JL, Mezzacappa C, Heeren T, Yaffe K, Fredman , L. Depressive Symptoms among Dementia Caregivers: The Role of Mediating Factors. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2014 may ; 22(5): 481–8. Doi:10.1016/j.jagp.2012.08.010.
130. Rigby H, Gubitz G, Eskes G, Reidy Y, Christian C, Grover V et al. Caring for stroke survivors: baseline and 1-year determinants of caregiver burden. *International Journal of Stroke.* 2009 june; 4:152–8 .
131. Jones SL, Hadjistavropoulos HD, Janzen JA, Hadjistavropoulos T. The Relation of Pain and Caregiver Burden in Informal Older Adult Caregivers. *Pain Medicine* 2011; 12: 51–8.
132. Beaudreau S, Spira AP, Gray HL, Depp CA, Long J, Rothkoph M. The Relationship Between Objectively Measured Sleep Disturbance and Dementia Family Caregiver Distress and Burden. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology.* 2008; 21(3):159-65.
133. Lee CC, Czaja SJ, Schulz R. The moderating influence of demographic characteristics, social support, and religious coping on the effectiveness of a multicomponent psychosocial caregiver intervention in three racial ethnic groups. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences.* 2010; 65B(2): 85–194. Doi:10.1093/geronb/gbp131.
134. Chow EOE, Henry CYHo. The relationship between psychological resources, social resources, and depression: Results from older spousal caregivers in Hong Kong, *Aging & Mental Health.* 2012; 16:8:1016-27. DOI: 10.1080/13607863.2012.692769
135. Winter L, Gitlin LN. Evaluation of a Telephone-Based Support Group Intervention for Female Caregivers of Community-Dwelling Individuals With Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias.* 2007 dec/jan; 21 (6):391-7.
136. Wakui T, Sarlo T, Agree EM, kai I. Effects of home, outside leisure, social, and peer activity on psychological health among Japanese family caregivers. *Aging Ment Health.* 2012 ; 16(4): 500–6. Doi:10.1080/13607863.2011.644263.
137. Cuijpers P. Depressive disorders in caregivers of dementia patients: A systematic review. *Aging & Mental Health.* 2005; 9:325–30.

138. Greenwood N, Mackenzie, A, Cloud GC, Wilson N. Informal carers of stroke survivors – Factors influencing carers: A systematic review of quantitative studies. *Disability and Rehabilitation*. 2008; 30:1329–49.
139. Torres A, Blanco V, Vásquez FL, Díaz O, Otero P, Hermida E. Prevalence of major depressive episodes in non-professional caregivers. *Psychiatry Research*. 2015; 226:333–9.
140. Seeher K, Low LF, Reppermund S, Brodaty H. Predictors and outcomes for caregivers of people with mild cognitive impairment: A systematic literature review. *Alzheimer's & Dementia*. 2013; 9:346–55.
141. Teng EL, Hasegawa K, Homma A, Imai Y, Larson E, Graves A et al. The Cognitive Abilities Screening Instrument (CASI): a practical test for cross-cultural epidemiological studies of dementia. *Int Psychogeriatr*. 1994; 6(1):45–62.
142. Damasceno A. Validation of the Brazilian version of mini-test CASI-S. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. [online]. 2005; 63(2b); 416-21.
143. Lawton MP, Brody P. Assessment of older people: Self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969; 9:179-86.
144. Brito FC, Nunes MI, Yuaso DR. Multidimensionalidade em Gerontologia II: instrumentos de avaliação. In: NETTO, M. P. (Org). *Tratado de Gerontologia*. 2. Ed. São Paulo: Atheneu, 2007.
145. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*. 1963; 185(12): 914-9.
146. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAD, Ribeiro ST. Filho & Buckman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (Escala de Katz). *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 24(1): 103-12.
147. Morris J. The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. *Neurology* 1993; 43(11):2412-4.
148. Montão MBMM, Ramos LR. Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(6):912-7.
149. Aldwin CM, Shiraishi R, Cupertino AP. Change in stability in coping: Longitudinal findings from the DLS. Paper presented at the annual convention of the American Psychological Association, San Francisco. 2001.
150. Cupertino AP, Batistoni SST. Processos de Envelhecimento Saudável (PENSA) em idosos da comunidade: delineamento, medidas e dados preliminares. *Geriatrics & gerontology*. 2009; 3:52-9.

151. Yankura LA, Aldwin CM, Levenson MR, Spiro A III. Coping, affect, and the metabolic syndrome in older men: How does coping get under the skin? *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*. 2006; 61B(5):295–303.
152. Yesavage J, Brink TL, Rose T, Lum O, Huang O, Adey V, Leirer V. Development and Validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*. 1983; 17: 37-49.
153. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the Geriatric Depression Scale: A study of their validity for the diagnosis of major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1999; 14(10): 858-65.
154. Kaufman L, Rousseeuw PJ. Finding Groups. In *Data: An Introduction to Cluster Analysis*. New York: John Wiley & Sons. 1990.
155. Hatcher L. *A Step-by-Step Approach to Using the SAS System for Factor Analysis and Structural Equation Modeling*. Cary, NC: SAS Institute Inc., 1994, p.588.
156. Johnson RA, Wichern D W. *Applied Multivariate Statistical Analysis*. New Jersey: Prentice Hall International Editions, 2<sup>nd</sup> ed. 1988.
157. Savla J, Roberto KA, Blieszner R, Cox M, Gwazdauskas F. Effects of Daily Stressors on the Psychological and Biological Well-being of Spouses of Persons With Mild Cognitive Impairment. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2011; 66B(6):653–64.
158. Sequeira, C. Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers. *Journal of Clinical Nursing*. 2013; 22: 491–500.
159. Folquito JC, Marques RCG, Tatsh MF, Bottino CMC. Correlation between neuropsychiatric symptoms and caregiver burden in a population-based sample from São Paulo, Brazil. *Dement Neuropsychol* 2013 September;7(3):258-62.
160. Fialho PPA, Koenig AM, Santos EL, Guimarães HC, Beato RG, Carvalho VA et al. Dementia caregiver burden in a Brazilian sample Association to neuropsychiatric symptoms. *Dementia E Neuropsychologia*. 2009 June; 3(2):132-5.
161. Cassis SVA, Karnakis T, Moraes TA, Curiati JAE, Quadrante R et al. Correlação entre o estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência. *Rev Assoc Med Bras* 2007; 53(6): 497-501.
162. Ankri J, Andrieu S, Beaufier B, Grand A, Henrard JC. Beyond the global score of the Zarit Burden Interview: useful dimensions for clinicians. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005; 20: 254–60.

163. Legget AN, Zarit S, Taylor A, Galvin JE. Stress and burden among caregivers of patients with Lewy body dementia. *Gerontologist*. 2011; 51: 76–85.
164. Lecovich E. Psychometric properties of the Hebrew version of the Zarit Caregiver Burden Scale short version, *Aging & Mental Health*. 2012; 16(2): 254-63, DOI: 10.1080/13607863.2011.596807.
165. Schreiner AS, Morimoto T, Arai Y, Zarit S. Assessing family caregiver's mental health using a statistically derived cut-off score for the Zarit Burden Interview. *Aging & Mental Health*, March 2006; 10(2):107–11.
166. Croog SH, Sudilovsky A, Burleson JA, Baume RM. Vulnerability of husband and wife caregivers of Alzheimer disease patients to caregiving stressors. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2001;15:201-10.
167. Heckhausen J, Wrosch C, Schulz R. A Motivational Theory of Life-Span Development. *Psychological Review*. 2010; 117(1): 32–60.
168. Baltes PB, Baltes MM. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. New York, NY: Cambridge University Press. 1990, p.1-34.
169. Ekwall AK, Hallberg IR The association between caregiving satisfaction, difficulties and coping among older family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*. 2007; 16: 832–44.
170. Pinquart M, Sorönsen S. Correlates of Physical Health of Informal Caregivers: A Meta-Analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 2007; 62B(2):126–37.
171. Batistoni SST, Neri AL, Cupertino APFB. Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(4):598-605.
172. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiat Res*. 1983; 17(1):37-49.

## 8. ANEXOS

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS - UNICAMP  
(CAMPUS CAMPINAS)



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Bem-estar psicológico de idosos que cuidam de outros idosos no contexto familiar

**Pesquisador:** Anita Liberalesso Neri

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 35866514.8.0000.5404

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 822.364

**Data da Relatoria:** 05/10/2014

#### Apresentação do Projeto:

O projeto constitui-se num levantamento de natureza correlacional, baseado em instrumentos de autorrelato, investigando relações entre o bem-estar psicológico de cuidadores idosos que cuidam de outros idosos no contexto da família e várias de suas condições e recursos.

Será constituída amostra de conveniência integrada por idosos com 60 anos e mais, que cuidam do/a cônjuge ou companheiro/a, dos pais ou de outros parentes idosos, no contexto da família. A amostra estimada é de 145 cuidadores familiares idosos.

Os critérios de elegibilidade serão: ter 60 anos e mais, estar cuidando de um familiar

idoso doente e com algum grau de dependência há 6 meses ou mais, e concordar em participar da pesquisa. Serão excluídos os cuidadores que pontuarem abaixo da nota de corte estabelecido pelo CASI-S, versão abreviada do Cognitive Abilities Screening Instrument-Short Form (Teng et al, 1994), validado para o Brasil por Damasceno et al (2005).

Os cuidadores idosos serão submetidos a uma entrevista individual, em que serão aplicados questionários com um total de 219 itens.

#### Objetivo da Pesquisa:

Investigar relações entre o bem-estar psicológico de cuidadores idosos que cuidam de outros idosos no contexto da família e suas condições socioeconômicas; as condições econômicas da sua

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
Bairro: São Geraldo CEP: 13.083-887  
UF: SP Município: CAMPINAS  
Telefone: (19)3521-8090 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



**FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS - UNICAMP  
(CAMPUS CAMPINAS)**



Continuação do Parecer: 022.364

família; as condições físicas, sociais e psicológicas sob as quais o cuidado é realizado; a funcionalidade familiar; as condições de saúde física e a autoavaliação da saúde do cuidador; a avaliação que este faz da sobrecarga física, social e psicológica gerada pelo cuidado, e os seus recursos psicológicos, representados pelo enfrentamento e pela religiosidade.

**avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisadora afirma que não há riscos à integridade física e psicológica dos participantes e que os benefícios estariam ligados à possibilidade de refletir sobre a condição de cuidador; avaliar recursos pessoais, necessidades e expectativas.

Considero que os questionários a que os idosos participantes serão submetidos envolvem questões que podem mobilizar aspectos emocionais e causar sofrimento psíquico para o qual, no caso de ser identificado, deve ser garantida atenção.

Da mesma forma, como cuidado ético, deve estar previsto no projeto que se na aplicação dos questionários forem identificados problemas de saúde física, mental e/ou psicológica (como depressão, por exemplo) o participante receba informação, orientação ou encaminhamento para cuidados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de pesquisa bem justificado, envolvendo docentes e pós-graduandos. Fará a captação de participantes idosos em cinco serviços/instituições.

Orçamento financeiro de R\$28.000,00, ainda sem outras fontes de recursos além de 3 bolsas de pós-graduação da CAPES.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

-Folha de Rosto assinada pelo diretor da FCM/UNICAMP.

-Foram apresentadas autorizações do Serviço de Geriatria do HC/UNICAMP e dos seguintes serviços ou Instituições de Indaiatuba: Associação Brasileira de Alzheimer, ProCardio, Associação de Diabetes Sempre Amigos e Voluntários de Apoio no Combate ao Câncer (VOLACC).

-O TCLE foi reapresentado com reformulações que contemplam a garantia dos direitos dos participantes da pesquisa em resposta às pendências apontadas no parecer anterior.

**Recomendações:**

É necessário substituir no Protocolo de Coleta de Dados (documento protocolo\_Final[2]) o TCLE antigo pelo Termo que está sendo reapresentado.

O TCLE preenchido deve ser rubricado em todas as suas páginas pela pesquisadora responsável e

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
Bairro: São João CEP: 13.083-867  
UF: SP Município: CAMPINAS  
Telefone: (19)3521-8938 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



**FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS - UNICAMP  
(CAMPUS CAMPINAS)**



Continuação do Parecer: 602.384

pelo participante da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

- O sujeito de pesquisa deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.063-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS - UNICAMP  
(CAMPUS CAMPINAS)



Continuação do Parecer: 822.364

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

CAMPINAS, 07 de Outubro de 2014

---

Assinado por:  
Renata Maria dos Santos Celeghini  
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887  
UF: SP Município: CAMPINAS  
Telefone: (19)3521-8038 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

**PAPEL TIMBRADO da instituição/empresa/clínica/organização**

..... de ..... de 2014

### AUTORIZAÇÃO

Atendendo ao pedido da interessada, Profa. Anita Liberalesso Neri, da Universidade Estadual de Campinas, autorizo a coleta dados por integrantes do grupo por ela coordenado, para uma pesquisa sobre bem-estar psicológico de idosos (60 anos e mais) que cuidam de outros idosos no contexto da família. Os cuidadores idosos serão selecionados dentre os **acompanhantes dos pacientes do hospital? Do ambulatório?, da clínica?**

Estou ciente que o projeto prevê a participação voluntária dos cuidadores idosos numa entrevista de cerca de 60 minutos de duração, entrevista essa que buscará dados sobre as características socioeconômicas do cuidador e da sua família; as características de saúde e funcionalidade do idoso que é alvo de cuidados; a funcionalidade familiar; as condições de saúde do cuidador; a avaliação subjetiva de sobrecarga; as estratégias de enfrentamento por ele utilizadas e o seu bem-estar psicológico.

Também estou ciente que a adesão dos cuidadores não envolverá remuneração; que os dados individuais serão protegidos por sigilo; que não haverá riscos à integridade física e psicológica dos participantes, e que, antes da entrevista, eles serão convidados a ler e a assinar um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Dele constarão dados sobre os objetivos e os procedimentos da pesquisa, o direito à informações sobre o estudo, junto ao pesquisador, e a possibilidade de endereçar reclamações sobre questões éticas ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp. Os endereços do pesquisador e do CEP/Unicamp constarão do TCLE.

Tenho conhecimento que o projeto de pesquisa foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (CEP/PRP) e que observa os termos da Resolução CNS/MS 466/12, itens IV.3, IV.4 e IV.5.

Assinatura

Dr. ....

Nome, cargo / função

**CARIMBO**



GRUPO DE PESQUISA CUIDADO A IDOSOS NO CONTEXTO DA FAMÍLIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICA DA UNICAMP

PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS

DATA: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

LOCAL: \_\_\_\_\_

ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_

HORÁRIO DE INÍCIO DA ENTREVISTA: \_\_H \_\_ MIN

HORÁRIO DE TÉRMINO DA ENTREVISTA: \_\_ H \_\_ MIN

Nome do participante: \_\_\_\_\_

**Bloco A: critérios de elegibilidade**

**A1.** Idade: \_\_ anos

**A2.** Há quanto tempo está cuidando? \_\_ meses **ou** \_\_ anos **ou** \_\_anos e \_\_meses

**A3.** Relação de parentesco com o idoso de quem cuida:

1. ( ) Cônjuge ou companheiro/a
2. ( ) Pai ou mãe
3. ( ) Sogro ou sogra
4. ( ) Irmão ou irmã
5. ( ) Tio ou tia
6. ( ) Primo ou prima
7. ( ) Outro

NOTA AO ENTREVISTADOR: participarão da 1ª parte da entrevista apenas idosos com 60 anos e mais que cuidam de outro idoso no contexto da família há pelo menos 6 meses. Antes de começar a aplicação do Bloco A, convidar o idoso a ler e a assinar o TCLE (as duas vias). Guardar uma via junto com este protocolo respondido e entregar a outra via ao participante.

**Bloco B: Condições socioeconômicas**

**B1.Sexo**

1. ( ) Masculino
2. ( ) Feminino
99. ( ) Não resposta

**B2.Idade**

..... anos (completar) 99. ( ) Não resposta

**B3.Data nascimento**

\_\_/\_\_/\_\_\_\_ (dia, mês e ano) 99. ( ) Não resposta

**B4.Escolaridade**

1. ( ) Fundamental I incompleto (antigo Primário)
2. ( ) Fundamental I completo (antigo Primário)
3. ( ) Fundamental II incompleto (antigo Ginásio)
4. ( ) Fundamental II completo (antigo Ginásio)

5. ( ) Curso colegial incompleto  
 6. ( ) Curso colegial completo  
 7. ( ) Curso Superior incompleto  
 8. ( ) Curso Superior completo  
 99. ( ) Não resposta

### B5. Estado conjugal

1. ( ) Casado/a ou vive com companheiro/a  
 2. ( ) Solteiro/a  
 3. ( ) Viúvo/a  
 4. ( ) Divorciado/a ou separado/a  
 99. ( ) Não resposta

**B6.** Está empregado/a com ou sem carteira assinada ou trabalha como autônomo recebendo dinheiro por seu trabalho?

1. ( ) Sim O que faz? \_\_\_\_\_  
 2. ( ) Não  
 99. ( ) Não resposta

Atenção: não aceite resposta “aposentado”

## BLOCO C: CARACTERÍSTICAS DO IDOSO ALVO DE CUIDADO

### ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA - AIVDS

<p>Agora eu vou perguntar sobre a <b><u>independência</u></b> do idoso de quem cuida para fazer coisas do dia-a-dia. Gostaria que me dissesse se é ele ou ela total mente independente, se precisa de alguma ajuda ou se precisa de ajuda total para fazer cada uma das seguintes coisas:</p>	<p><b>Resultado</b></p>	<p>Se a resposta for 2 ou 3, perguntar: é o/a senhor/a quem fornece essa ajuda</p>
<p><b>C4. Usar o telefone</b>            1. <b>I:</b> É capaz de discar os números e atender sem ajuda?            2. <b>A:</b> É capaz de responder às chamadas, mas precisa de alguma ajuda para discar os números?            3. <b>D:</b> É incapaz de usar o telefone? (não consegue nem atender e nem discar)</p>	<p>_____            99. NR</p>	<p>1 Sim 2 Não</p>
<p><b>C5. Uso de transporte</b>            1. <b>I:</b> É capaz de tomar transporte coletivo ou táxi sem ajuda?            2. <b>A:</b> É capaz de usar transporte coletivo ou táxi, porém não sozinho?            3. <b>D:</b> É incapaz de usar transporte coletivo ou táxi?</p>	<p>_____            99. NR</p>	<p>1 Sim 2 Não</p>
<p><b>C6. Fazer compras</b>            1. <b>I:</b> É capaz de fazer todas as compras sem ajuda?            2. <b>A:</b> É capaz de fazer compras, porém com algum tipo de ajuda?            3. <b>D:</b> É incapaz de fazer compras?</p>	<p>_____            99. NR</p>	<p>1 Sim 2 Não</p>
<p><b>C7. Preparo de alimentos</b>            1. <b>I:</b> Planeja, prepara e serve os alimentos sem ajuda?            2. <b>A:</b> É capaz de preparar refeições leves, porém tem dificuldade de preparar refeições maiores sem ajuda?            3. <b>D:</b> É incapaz de preparar qualquer refeição?</p>	<p>_____            99. NR</p>	<p>1 Sim 2 Não</p>
<p><b>C8. Tarefas domésticas</b>            1. <b>I:</b> É capaz de realizar qualquer tarefa doméstica sem ajuda?            2. <b>A:</b> É capaz de executar somente tarefas domésticas mais leves?            3. <b>D:</b> É incapaz de executar qualquer trabalho doméstico?</p>	<p>_____            99. NR</p>	<p>1 Sim 2 Não</p>

<b>C9. Uso de medicação</b> 1. <b>I:</b> É capaz de usar medicação de maneira correta sem ajuda? 2. <b>A:</b> É capaz de usar medicação, mas precisa de algum tipo de ajuda? 3. <b>D:</b> É incapaz de tomar medicação sem ajuda?	_____ 99. NR	1 Sim 2 Não
<b>C10. Manejo do dinheiro</b> 1. <b>I:</b> É capaz de pagar contas, aluguel e preencher cheques, de controlar as necessidades diárias de compras sem ajuda? 2. <b>A:</b> Precisa de algum tipo de ajuda para realizar estas atividades? 3. <b>D:</b> É incapaz de realizar estas atividades?	_____ 99. NR	1 Sim 2 Não
<b>C11. Soma de Is</b>	_____	
<b>C12. Soma de As</b>	_____	
<b>C13. Soma de Ds</b>	_____	

### ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA –ABVDs

Vou continuar lhe perguntando sobre a <b>independência</b> do idoso de quem cuida para fazer coisas do dia-a-dia. Gostaria que me dissesse se ele ou ela é totalmente independente, se precisa de alguma ajuda ou se precisa de ajuda total para fazer cada uma das seguintes coisas:	<b>Resultado</b>	Se a resposta for 2 ou 3, perguntar: é o/a senhor/a quem fornece essa ajuda
<b>C14. Tomar banho</b> (leito, banheira ou chuveiro) 1. <b>I:</b> Não recebe ajuda (entra e sai da banheira se esse for o modo habitual de tomar banho). 2. <b>A:</b> Recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (por ex. as costas ou uma perna). 3. <b>D:</b> Recebe ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo ou não toma banho sozinho.	_____ 99. NR	1 Sim 2 Não
<b>C15. Vestir-se</b> (pega as roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive de órteses e próteses, quando forem utilizadas e veste-se completamente sem ajuda) 1. <b>I:</b> Pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda. 2. <b>A:</b> Pega as roupas e veste-se completamente sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos. 3. <b>D:</b> Recebe ajuda para pegar as roupas e vestir-se ou permanece total ou parcialmente sem roupas	_____ 99. NR	1 Sim 2 Não
<b>C16. Usar o vaso sanitário</b> 1. <b>I:</b> Ida ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos de apoio, como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-os de manhã) 2. <b>A:</b> Recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou o urinol à noite. 3. <b>D:</b> Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas	_____ 99. NR	1 Sim 2 Não
<b>C17. Transferência</b> 1. <b>I:</b> Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador) 2. <b>A:</b> Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda 3. <b>D:</b> Não sai da cama	_____ 99. NR	1 Sim 2 Não
<b>C18. Controle esfinteriano</b> 1. <b>I:</b> Controla inteiramente a evacuação e a micção 2. <b>A:</b> Tem “acidentes” ocasionais 3. <b>D:</b> Precisa de ajuda para manter o controle da evacuação e da micção; usa cateter ou é incontinente	_____ 99. NR	1 Sim 2 Não

<b>C19. Alimentar-se</b> 1. <b>I:</b> Alimenta-se sem ajuda 2. <b>A:</b> Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar ou passar manteiga no pão 3. <b>D:</b> Recebe ajuda para alimentar-se ou é alimentado parcialmente ou completamente por meio de cateteres ou fluidos intravenosos		1 Sim
		2 Não
<b>C20. TOTAL:</b> _____	99. NR	
0: independente em todas as seis funções 1: independente em cinco funções e dependente em uma função 2: independente em quatro funções e dependente em duas 3: independente em três funções e dependente em três 4: independente em duas funções e dependente em quatro 5: independente em uma função e dependente em cinco 6: dependente em todas as seis funções		

**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PONTUAÇÃO DA DEMÊNCIA, COM BASE NO CLINICAL DEMENTIA RATING – CDR**

**Instrução:** Eu gostaria de ter uma noção clara sobre as funções cognitivas de S. Para isso, vou fazer perguntas sobre memória; orientação no tempo e no espaço; raciocínio e solução de problemas; relações sociais; vida no lar, interesses e passatempos, e cuidados pessoais. Gostaríamos que, a cada pergunta, o/a senhor/a refletisse bem sobre qual tem sido a condição de S nos últimos tempos e que nos desse uma resposta bem aproximada sobre as suas capacidades mentais. Se não compreender bem, pergunte e peça exemplos. Dê exemplos, de modo que sua descrição seja a melhor possível, dando uma boa ideia sobre o grau de dependência de S.

	Grau do dano				
Função cognitiva	Nenhum (0)	Questionável(0,5)	Leve (1,0)	Moderado (2,0)	Grave (3,0)
<b>F21. Memória</b>	Sem perdas de memória, ou apresenta esquecimentos ocasionais, pequenos e usuais entre as pessoas. Exs: se esquece de dar um recado, de regar as plantas, dos nomes das pessoas ou das coisas.	Esquecimento constante, recordação parcial de eventos. Exs: de quem esteve em casa ontem numa festa, o que aconteceu nessa festa, o que foi servido para comer. Sem prejuízo nas atividades cotidianas.	Perda de memória para eventos recentes, que atrapalha as atividades de vida diária. Exs: de onde guardou as chaves ou os óculos, de tomar remédios, do endereço de uma pessoa.	Lembra-se apenas de assuntos muito bem aprendidos ou muito bem armazenados na memória. Exs: datas de aniversário dos filhos e de morte dos pais; recitar poesias e tabuadas. Não se lembra de fatos recentes ou de coisas que tem que fazer.	Não se lembra de experiências recentes ou passadas. Mistura fatos e ideias. Não descreve os fatos com clareza e na ordem em que ocorreram. Suas descrições de experiências passadas são confusas. Fala coisas sem sentido.
<b>F22. Orientação temporal e espacial</b>	Completamente orientado. Ex: sabe que dia é hoje, em que ano estamos e onde está (cidade, bairro, país)	Bem orientado no espaço (Ex: sabe onde está), mas faz alguma confusão com o tempo (Ex: dia da semana e do mês, ano).	É orientado no tempo, quando se encontra em sua casa ou em outros ambientes conhecidos, mas se confunde em lugares estranhos, tais como a casa	Tem muita dificuldade de orientar-se no tempo (sempre confuso com relação ao dia da semana ou do mês e ao ano em que estamos). É quase	Totalmente confuso e desorientado no tempo e no espaço, mas reconhece as pessoas.



			dos outros, um outro bairro ou um supermercado pouco conhecido).	sempre desorientado no espaço, perde-se com facilidade na rua e em outros locais públicos.	
<b>F23. Julgamento e solução de problemas</b>	Resolve problemas diários, como por exemplo, com dinheiro, compras e coisas práticas do dia-a-dia.	Tem um pouco de dificuldade de resolver problemas práticos e de identificar semelhanças e diferenças, por exemplo, entre marcas de comida e produtos de limpeza, no supermercado.	Tem dificuldade um pouco maior de resolver problemas práticos, tais como os que se relacionam à organização da casa, mas é perfeitamente capaz de saber com quem está lidando, de conviver, de conversar e de combinar coisas com as pessoas.	Tem muita dificuldade de lidar com problemas do dia-dia, com relações sociais, e com semelhanças e diferenças entre as coisas e os fatos e com pessoas.	É completamente incapaz de resolver problemas ou de raciocinar sobre as coisas e sobre os fatos. Parece confusa e com a mente desorganizada.
<b>F. 24 Relações comunitárias</b>	É completamente capaz de trabalhar, passear, fazer compras, cuidar da sua vida.	Tem leves dificuldades para cumprir essas tarefas (esquece-se, confunde), mas são dificuldades pequenas.	Não é independente para cumprir essas tarefas. Os outros já começam a perceber suas dificuldades.	Não é capaz de funcionamento independente fora de casa, mas não parece tão mal, se for acompanhado.	Não é capaz de funcionamento fora de casa e aparenta total incapacidade de funcionar em ambiente externo.
<b>F. 25 lar e passatempos</b>	Tem uma vida ativa dentro de casa, onde mantém atividades variadas.	Levemente prejudicada. Ex: pessoa que lia muito e diminui essa atividade.	Começa abandonar alguns tarefas mais difíceis.	Preserva atividade simples e rotineira.	Sem atividades ou funções significativas dentro de casa.
<b>F26. Cuidados pessoais</b>	Completamente independente para cuidar de si (Exs: da aparência e da alimentação).	Completamente independente para cuidar de si (Exs: da aparência e da alimentação)	Necessita de ajuda ocasional para cuidar de si (Exs: amarrar sapatos, abotoar-se).	Precisa de ajuda constante para se vestir, para higiene e para manter a aparência.	Precisa de muita ajuda ou de ajuda total para cuidar de si mesmo. Pode ser incontinente.

#### BLOCO D: AVALIAÇÃO SUBJETIVA DO CUIDADO

##### ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADO DE ZARIT

	Nunca 0	Raramente 1	Algumas vezes 2	Frequente mente 3	Sempre 4	NR 99
<b>D1.</b> O/a Sr/Sra. Sente que o S* pede mais ajuda do que ele /ela necessita?	0	1	2	3	4	99
<b>D2.</b> O/a Sr/Sra sente que por causa do tempo o Sr/Sra, gasta com S*, o Sr/Sra não tem tempo suficiente para si mesmo?	0	1	2	3	4	99
<b>D3.</b> O/a Sr/Sra se sente estressado (a)	0	1	2	3	4	99

entre cuidar de S* e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?						
<b>D4.</b> O/a Sr/Sra se sente envergonhado com o comportamento de S*?	0	1	2	3	4	99
<b>D5.</b> O/a Sr/Sra se sente irritado (a) com quando S* está por perto?	0	1	2	3	4	99
<b>D6.</b> O/a Sr/Sra sente que S* afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?	0	1	2	3	4	99
<b>D7.</b> O/a Sr/Sra sente receio pelo futuro?	0	1	2	3	4	99
<b>D8.</b> O/a Sr/Sra sente que S* depende do Sr/Sra?	0	1	2	3	4	99
<b>D9.</b> O/a Sr/Sra se sente tenso (a) quando S* esta por perto?	0	1	2	3	4	99
<b>D10.</b> O/a Sr/Sra sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com S*?	0	1	2	3	4	99
<b>D11.</b> O/a Sr/Sra sente que o Sr/Sra não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S*?	0	1	2	3	4	99
<b>D12.</b> O/a Sr/Sra. Sente que o Sr/Sra que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr/Sra está cuidando de S*?	0	1	2	3	4	99
<b>D13.</b> O/a Sr/Sra não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa de S*?	0	1	2	3	4	99
<b>D14.</b> O/a 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?	0	1	2	3	4	99
<b>D15.</b> O/a Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S*, somando-se as suas outras despesas?	0	1	2	3	4	99
<b>D16.</b> O/a Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar de S* por muito mais tempo?	0	1	2	3	4	99
<b>D17.</b> O/a Sr/Sra sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S*?	0	1	2	3	4	99
<b>D18.</b> O/a Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S*?	0	1	2	3	4	99
<b>D19.</b> O/a Sr/Sra sente que tem dúvida sobre o que fazer por S*?	0	1	2	3	4	99
<b>D20.</b> O/a Sr/Sra sente que deveria estar fazendo mais por S*?	0	1	2	3	4	99
<b>D21.</b> O/a Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor de S*?	0	1	2	3	4	99
<b>D22.</b> De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra se sente sobrecarregado (a) por cuidar de S**?	0	1	2	3	4	99

**BLOCO E: RECURSOS PSICOLÓGICOS  
INVENTÁRIO DE ENFRENTAMENTO**

O que faz quando na situação de cuidar acontece alguma coisa que lhe traz preocupação, desgosto, ansiedade, contrariedade, raiva, desamparo, cansaço, confusão mental, tristeza, ressentimento ou algum outro sentimento que incomoda?

	Nunca	De vez em quando	Quase sempre	Sempre	NR
<b>E1.</b> Aceita a situação ou pensa que ela aconteceu porque tinha que acontecer.	1	2	3	4	99
<b>E2.</b> Acha que a situação aconteceu por culpa dos outros.	1	2	3	4	99
<b>E3.</b> Queixa-se ou desabafa com alguém.	1	2	3	4	99
<b>E4.</b> Pensa que não há nada a ser feito.	1	2	3	4	99
<b>E5.</b> Espera ter mais informações antes de agir ou de tomar uma decisão.	1	2	3	4	99
<b>E6.</b> Procura distrair-se, por exemplo dedicando-se a passatempos, lendo ou assistindo televisão.	1	2	3	4	99
<b>E7.</b> Demonstra hostilidade.	1	2	3	4	99
<b>E8.</b> Reza e pede orientação a algum ente superior.	1	2	3	4	99
<b>E9.</b> Isola-se.	1	2	3	4	99
<b>E10.</b> Confia em outras pessoas que, a seu ver, têm capacidade para resolver o problema.	1	2	3	4	99
<b>E11.</b> Guarda seus sentimentos para si mesmo.	1	2	3	4	99
<b>E12.</b> Pensa que as coisas poderiam ter sido piores.	1	2	3	4	99
<b>E13.</b> Bebe e come em excesso para se compensar ou para esquecer o que aconteceu.	1	2	3	4	99
<b>E14.</b> Fortalece seus laços afetivos com outras pessoas.	1	2	3	4	99
<b>E15.</b> Confia em Deus ou em algum ser ou força superior.	1	2	3	4	99
<b>E16.</b> Procura relaxar ou tirar uma folga.	1	2	3	4	99
<b>E17.</b> Tenta esquecer que o problema existe.	1	2	3	4	99
<b>E18.</b> Usa remédios para controlar a ansiedade ou a depressão.	1	2	3	4	99
<b>E19.</b> Grita e xinga.	1	2	3	4	99

## BLOCO F: BEM-ESTAR PSICOLÓGICO DO CUIDADOR

### SINTOMAS DEPRESSIVOS

Vou lhe fazer algumas perguntas para saber como o/a senhor/a vem se sentindo <u>na última semana.</u>	Sim	Não	NR
<b>L1.</b> O/a senhor/a está basicamente satisfeito com sua vida?	1	2	99
<b>L2.</b> O/a senhor/a deixou muitos de seus interesses e atividades?	1	2	99
<b>L3.</b> O/a senhor/a sente que sua vida está vazia?	1	2	99
<b>L4.</b> O/a senhor/a se aborrece com frequência?	1	2	99
<b>L5.</b> O/a senhor/a se sente de bom humor a maior parte do tempo?	1	2	99
<b>L6.</b> O/a senhor/a tem medo de que algum mal vá lhe acontecer?	1	2	99
<b>L7.</b> O/a senhor/a se sente feliz a maior parte do tempo?	1	2	99
<b>L8.</b> O/a senhor/a sente que sua situação não tem saída?	1	2	99
<b>L9.</b> O/a senhor/a prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	1	2	99
<b>L10.</b> O/a senhor/a se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	1	2	99

<b>L11.</b> O/a senhor/a acha maravilhoso estar vivo?	1	2	99
<b>L12.</b> O/a senhor/a se sente um/a inútil nas atuais circunstâncias?	1	2	99
<b>L13.</b> O/a senhor/a se sente cheio/a de energia?	1	2	99
<b>L14.</b> O/a senhor/a acha que sua situação é sem esperança?	1	2	99
<b>L15.</b> O/a senhor/a sente que a maioria das pessoas está melhor que o/a senhor/a?	1	2	99
<b>L16. Pontuação total na Escala de Depressão Geriátrica _____</b>			



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**BEM-ESTAR PSICOLÓGICO DE IDOSOS QUE CUIDAM DE OUTROS IDOSOS**  
**NO CONTEXTO DA FAMÍLIA**  
**COORDENADORA: PROFA. DRA. ANITA LIBERALESSO NERI**  
**NÚMERO DO CAAE: 35868514.8.0000.5404**

A senhora (ou o senhor) está sendo convidada(o) a participar como voluntária(o) de um estudo em que entrevistaremos pessoas de 60 anos ou mais, que cuidam de outros idosos doentes ou com algum grau de dependência. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa a assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias. Depois de assinadas, uma deverá ficar com a senhora (o senhor) e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se tiver perguntas, antes ou depois de assiná-lo, poderá fazê-las ao pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se não quiser participar ou se, a qualquer momento, quiser desistir, não sofrerá nenhum tipo de penalidade. Sua recusa ou desistência da participação não implicarão em interrupção ou alteração no atendimento que recebe neste local. A senhora (o senhor) não será remunerada (o) pela participação, nem tampouco pagará para participar.

**Objetivo e justificativa do estudo:**

A pesquisa tem por objetivo investigar relações entre o bem-estar psicológico de pessoas que cuidam de idosos doentes ou com algum grau de dependência e as características pessoais, familiares e de saúde desse cuidador. Acreditamos que essas informações poderão contribuir para o planejamento de serviços de apoio a pessoas mais velhas que cuidam de idosos no contexto da família.

**Procedimentos que serão adotados para a coleta de dados:**

Os participantes tomarão parte numa entrevista com cerca de 60 minutos de duração. As perguntas serão sobre suas características pessoais, tais como sexo, idade, escolaridade, estado civil e condições de saúde; as características da família (por exemplo: o idoso mora com seu cuidador?; quantas pessoas moram na mesma casa?); as doenças e o grau de dependência do idoso que é alvo do cuidado, e o nível de bem-estar psicológico do cuidador.

**Acompanhamento em caso de sentimentos de desconforto e de riscos ao bem-estar dos participantes:**

A participação na entrevista não deverá causar desconfortos ou riscos, físicos ou psicológicos, ao cuidadores. No entanto, pode ser que alguns dentre eles mostrem-se muito ansiosos, deprimidos ou confusos por causa de ocorrências da situação de cuidar, a respeito da qual está sendo entrevistado. O entrevistador deverá oferecer apoio ao participante e sugerir-lhe alternativas de acompanhamento por um profissional ou serviço de saúde, caso perceba certas condições psicológicas ou de saúde que o cuidador está vivendo e que são dignas de atenção.

**Benefícios potenciais associados à participação:**

A participação na entrevista oferecerá aos cuidadores oportunidade de avaliar sua participação no cuidado, seus recursos familiares e pessoais, e assim, conhecerem-se melhor. Indiretamente, poderão beneficiar outros cuidadores, na medida em que os dados que vierem a ser coletados nesta pesquisa poderão trazer esclarecimentos e sugestões para futuras ações dos profissionais do campo da saúde, em benefício de cuidadores familiares.

**Sigilo e privacidade:**

A senhora (o senhor) tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e que nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados deste estudo, seu nome não será citado.

**Contato:**

Em caso de dúvidas sobre o estudo, a senhora (o senhor) poderá entrar em contato com a coordenadora, Profa. Dra. Anita Liberalesso Neri, no Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, de 2ª a 6ª feiras, das 14 às 17 horas, pelo telefone 19 – 3521 9087, pelo celular 19 – 9 9601 2271, ou pelo e-mail [anitalbn@uol.com.br](mailto:anitalbn@uol.com.br).

Em caso de denúncia ou reclamação sobre sua participação no estudo, a senhora (o senhor) poderá entrar em contato com a secretária do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, na Av. Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887, Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br).

**Consentimento livre e esclarecido:**

Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos e riscos e desconfortos que possa causar, aceito participar:

Nome da(o) participante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Assinatura do participante)

**Responsabilidade do pesquisador:**

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares, na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguo, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento e conforme o consentimento dado pelo participante.



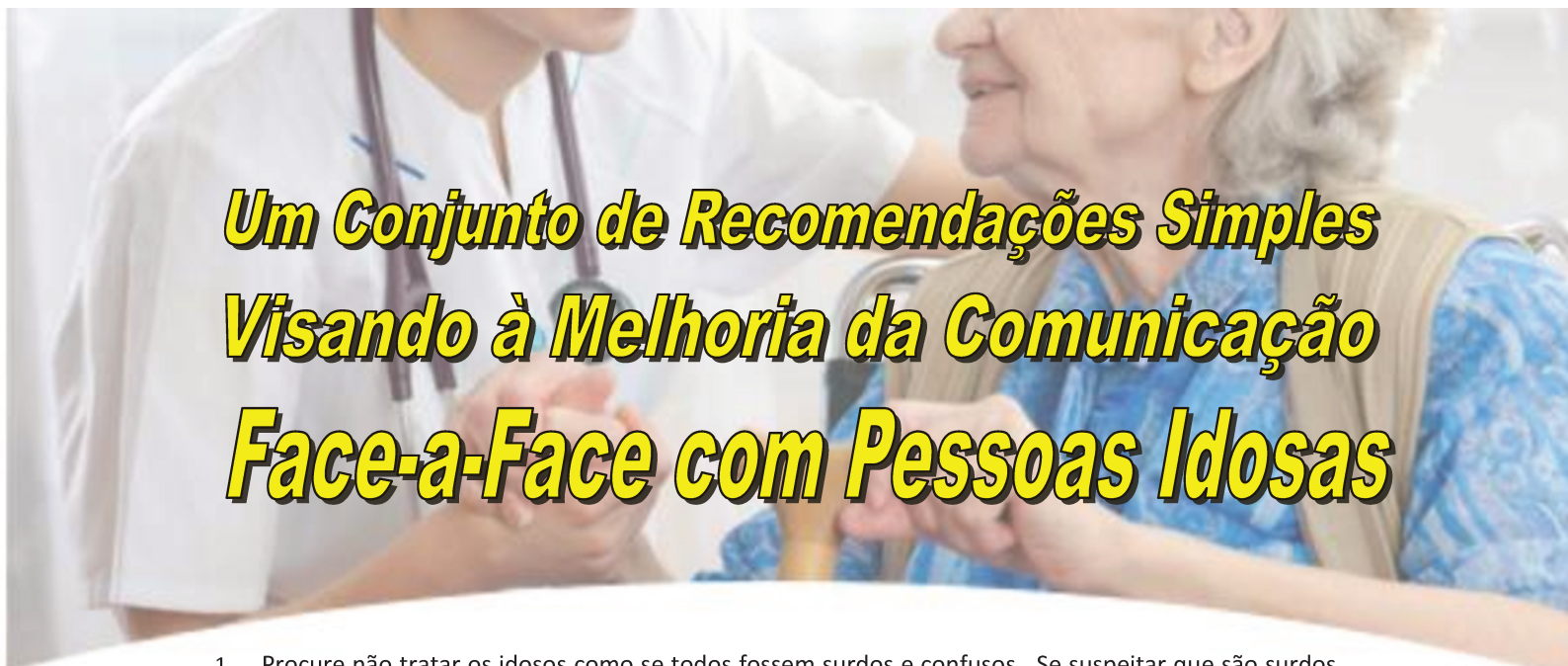
Anita Liberalesso Neri  
Coordenadora da pesquisa

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do entrevistador:

Assinatura do entrevistador:





# ***Um Conjunto de Recomendações Simples Visando à Melhoria da Comunicação Face-a-Face com Pessoas Idosas***

1. Procure não tratar os idosos como se todos fossem surdos e confusos. Se suspeitar que são surdos, fale um pouco mais alto, olhando de frente para eles e pergunte se estão compreendendo. Se achar que estão confusos, fale com clareza e simplicidade e pergunte se entenderam.
2. Nunca ridicularize ou caçoe e nem ria dos erros dos idosos, porque isso os desconcerta.
3. Nunca contrarie ou corrija os idosos em público. Se tiver que corrigi-los, faça-o em particular. Os idosos são muito sensíveis aos erros (e, de fato, são mais punidos por errar do que os jovens).
4. Nunca confronte os idosos dizendo que estão errados, impedindo-os de falar ou opinar.
5. Respeite o ritmo de fala dos idosos.
6. Não os desafie ou desrespeite, dizendo que falam sempre a mesma coisa.
7. Ouça-os com atenção quando relatam alguma coisa. Valorize pontos escolhidos do que dizem, visando a aumentar a sua satisfação e a melhorar a sua autoestima.
8. Trata-os de forma cordial, mas sem afetação ou exageros.
9. Se não forem pessoas de sua família, ou seus amigos tratem-os de senhor e senhora.
10. Trate-os pelo nome. Não use diminutivos e apelidos. Não tome liberdades com eles.
11. Não use gírias, palavras com duplo sentido e trocadilhos. Não faça piadinhas e nem brincadeiras sobre velhice. Quando eles não entendem, podem ficar muito aborrecidos ou irritados.
12. Preste atenção não apenas no que diz, como também em suas expressões faciais e corporais para evitar transmitir enfado, tédio, impaciência, desvalorização, riso ou irritação aos idosos.
13. Diminua os ruídos de fundo para que os idosos não fiquem confusos.
14. Olhe de frente para rosto dos idosos, mantendo os seus lábios no mesmo nível que os deles, quando estiver falando com eles.
15. Preste atenção ao que os idosos dizem. Ouça-os até o fim e então pergunte ou prossiga com as informações. Se precisar interromper, peça licença e seja delicado.
16. Expresse compreensão e compaixão, quando os idosos expressarem medos ou incertezas.
17. Tome muito cuidado com estrutura das sentenças que usar, quando estiver transmitindo informações importantes. Use frases curtas e palavras conhecidas. Fale pausadamente (sem exageros) e enuncie as palavras em voz audível e com boa pronúncia.
18. Utilize apoios visuais, tais como figuras e diagramas para favorecer a compreensão dos pontos mais importantes, quando tiver que dar uma instrução ou explicação.

## *Seguem-se Itens de Especial Importância para os Profissionais*

1. A maneira como a informação é dada ao paciente idoso é quase que mais importante do que o seu próprio conteúdo.
2. Use linguagem direta, concreta e prática quando falar com idosos.
3. Durante a conversação, verifique sempre se o idoso está entendendo.
4. Diga claramente ao seu ouvinte idoso, o que deseja que ele compreenda.
5. Faça questões abertas em vez de perguntas que apenas comportam respostas sim ou não.
6. Preste atenção de verdade às respostas dos idosos. Ouça-os até o fim e então pergunte ou prossiga com as informações. Se precisar interromper, peça licença e seja delicado.
7. Expresse compreensão e compaixão, quando o idoso expressar medos ou incertezas associados ao envelhecimento, às doenças, à morte e a outro temas difíceis. Ouça-o com respeito e paciência. Não interrompa sem necessidade e assim que possível, reconduza a conversa ao seu curso anterior.
8. Interesse-se sobre as condições de vida e os contatos familiares e sociais dos idosos.
9. Numa consulta, inclua o acompanhante na conversa, sem pôr em risco a atenção que ele monopoliza, deixando o idoso em segundo plano. .
10. Em atendimentos em saúde, pergunte sobre as crenças e os valores culturais dos idosos sobre saúde, a doença e a morte, para poder melhor adaptar suas recomendações e instruções sobre os tratamentos.
11. Os profissionais devem envolver os idosos na tomada de decisões sobre seu tratamento.
12. Devem buscar um equilíbrio apropriado entre o respeito à autonomia do idoso e a estimulação de sua ativa participação nos cuidados à saúde.
13. Os profissionais devem evitar fazer comentários preconceituosos ao dar informações e ao fazer recomendações sobre a saúde.
14. Quando for prescrever tratamentos, o profissional deverá apelar para as emoções e não apenas para a linguagem técnica.
15. Deve procurar, sempre, aumentar a satisfação do paciente idoso.
16. Deve mostrar-se bem humorado e adotar um estilo direto de comunicação quando interagir com qualquer idoso, de modo especial quando ele for imigrante ou tiver alguma dificuldade de comunicação.
17. Deve manter um tom positivo quando estiver falando com um idoso.
18. Deve ajudar os idosos a buscar informações e fontes de tratamento em fontes confiáveis, por exemplo na Internet.



FONTE: este material foi inspirado no folheto editado pela Gerontological Society of America, em 2013, intitulado *Communicating with older adults. An evidence-based review of what really works*, com a consultoria de J. Harrowood, L. Leibovitz, M.-C. Lin, D.G. Morrow, N. Lee Ducker e M.Y. Savundranayagan.