



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

LARISSA CENTOFANTI LEMOS

SENDO DE CONTROLE ENTRE IDOSOS CUIDADORES: RELAÇÕES COM
FRAGILIDADE, SOBRECARGA E RELIGIOSIDADE

CAMPINAS

2017

LARISSA CENTOFANTI LEMOS

SENDO DE CONTROLE ENTRE IDOSOS CUIDADORES: RELAÇÕES COM
FRAGILIDADE, SOBRECARGA E RELIGIOSIDADE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da 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^a DR^a SAMILA SATHLER TAVARES BATISTONI

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA LARISSA CENTOFANTI LEMOS E ORIENTADA PELA PROF^a DR^a SAMILA SATHLER TAVARES BASTISTONI

CAMPINAS

2017

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): CAPES, 01P-4352/2015, 01P-1741/2016, 01P-3372/2017

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Ana Paula de Moraes e Oliveira - CRB 8/8985

L544s Lemos, Larissa Centofanti, 1988-
Senso de controle entre idosos cuidadores : relações com fragilidade, sobrecarga e religiosidade / Larissa Centofanti Lemos. – Campinas, SP : [s.n.], 2017.

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

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

Informações para a Biblioteca Digital:

Título em outro idioma: Sense of control among elderly caregivers: associations with frailty, caregiver burden and religiosity

Palavras-chave em inglês:

Caregivers

Aged

Religion

Adaptation, Psychological

Área de concentração: Gerontologia

Titulação: Mestra em Gerontologia

Banca examinadora:

Samila Sathler Tavares Batistoni [Orientador]

Anita Liberalesso Neri

Sofia Cristina Iost Pavarini

Data da defesa: 13/11/2017

Programa de Pós-Graduação: Gerontologia

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

LARISSA CENTOFANTI LEMOS

Orientadora: Profª Drª Samila Sathler Tavares Batistoni

MEMBROS:

1. Profª Drª Samila Sathler Tavares Batistoni _____

2. Profª Drª Anita Liberalesso Neri _____

3. Profª Drª Sofia Cristina Iost Pavarini _____

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: [13/11/2017]

*“Multipliquei-me, para me sentir,
Para me sentir, precisei sentir tudo,
Transbordei, não fiz senão extravasar-me,
Despi-me, entreguei-me,
E há em cada canto da minha alma um altar a um deus diferente”*

Passagem das horas, Álvaro de Campos.

AGRADECIMENTOS

À minha querida orientadora, Professora Dra. Samila Batistoni, por ser fonte de inspiração, ensinamento, paciência e força motivadora na formulação e construção do raciocínio da pesquisa básica em Psicologia e Gerontologia e por me dar a oportunidade de trabalhar em cima de conteúdos psicológicos riquíssimos!

À querida Professora Dra. Anita Liberalesso Neri, pela inspiração como pesquisadora e como psicóloga, pela contribuição e constante apoio durante esta pesquisa e em minha trajetória pela Gerontologia, pelos momentos de troca e intenso aprendizado nos últimos dois anos!

À querida Professora Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini, pela gentileza em aceitar fazer parte de minhas bancas e em acompanhar este processo, e pela inteligência de seus apontamentos que engrandeceram este trabalho!

Às minhas colegas e amigas da Gerontologia Maria do Carmo, Carola, María Jesús e Tiemy, pela oportunidade de conhecê-las, aprender tanto e compartilhar momentos de alegria!

Aos meus pais, Angela e Bazilio, e ao meu irmão, Felipe, pelo apoio fundamental em todos os momentos de dificuldades e incertezas e por compartilharem as vitórias!

À minha avó Nair por me ensinar tanto com sua existência e incentivar minhas leituras e meus estudos!

A todos meus amigos, de perto e de longe, os quais, se aqui os nomeassem, ocupariam um parágrafo tão grande quanto o afeto que me deram e, em especial, às minhas amigas Camila, Tássia, Flávia e Gabriela pela presença constante e pelo amor, carinho e paciência ao me ouvirem e ao viverem comigo mais essa jornada!

À minha psicóloga, Liliana, pelo acompanhamento em meu processo de autoconhecimento!

À Deus, pela força, pelo alento, pelas oportunidades de crescimento profissional e pessoal e por ser norteador deste estudo!

RESUMO

Objetivo: O presente estudo testou um modelo explicativo para o senso de controle pessoal de idosos cuidadores de outros idosos no contexto familiar, levando em consideração variáveis sociodemográficas, indicadores de fragilidade, sobrecarga e religiosidade.

Metodologia: Esta pesquisa é do tipo descritiva, analítica e transversal. Participaram 148 idosos recrutados por conveniência e incluídos no estudo “*Bem-estar psicológico de idosos que cuidam de outros idosos no contexto da família*”. Foram selecionados dados relativos ao gênero, idade, escolaridade, renda, grau de parentesco, fragilidade autorreferida, tempo de exercício do cuidado, intensidade de ajuda prestada, sobrecarga percebida, demanda cognitiva do idoso cuidado, indicadores de religiosidade e senso de controle percebido. Foram utilizadas estatísticas descritivas e medidas de associação bivariadas. O modelo explicativo proposto foi testado por meio de *Path analysis*.

Resultados: A amostra foi composta, em sua maioria, por mulheres (77%), com idade média de 70 anos ($\pm 7,1$), sendo 62% cônjuge do idoso alvo de cuidados, prestando cuidado há 4,6 anos em média ($\pm 4,1$), auxiliando em nove tarefas em média ($\pm 3,8$), cuidando de idosos com dano cognitivo leve e moderado em média ($1,42 \pm 1,21$). Indicadores de fragilidade foram encontrados em 81,1% da amostra que apresenta também sobrecarga moderada ($M = 26,2$; $DP = 13,6$), alta religiosidade organizacional ($M = 3,6$; $DP = 1,9$), alta religiosidade não organizacional ($M = 1,4$; $DP = 1,2$) e indicadores moderados de controle pessoal ($M = 9$; $DP = 2,5$). O modelo proposto explicou 18,84% da variabilidade para senso de controle, revelando caminhos associativos entre sobrecarga e senso de controle, caminhos mediados entre fragilidade e senso de controle via sobrecarga, entre idade e senso de controle via religiosidade organizacional, entre fragilidade e senso de controle via sobrecarga, religiosidade não organizacional e religiosidade organizacional.

Conclusões: O senso de controle é uma variável sensível ao contexto do cuidado prestado a outro idoso, bem como às condições de saúde e aos recursos pessoais do idoso cuidador. Indicadores de religiosidade organizacional mediarão as relações entre presença de fragilidade, sobrecarga e senso de controle, atuando como possível fator protetor do *Self*. Torna-se necessário compreender mais amplamente os efeitos das condições em que idosos assumem o cuidado de outro idoso sobre processos autorreferentes e adaptativos como o senso de controle.

Palavras-chave: cuidadores; idoso; religião; adaptação psicológica.

ABSTRACT

Objective: The present study tested an explanatory model for the sense of personal control of elderly caregivers of other elderly in the family context, taking in sociodemographic variables, indicators of frailty, burden and religiosity. **Methodology:** This research is descriptive, analytical and transversal. Participants were 148 elderly people recruited for convenience and included in the study "Psychological well-being of the elderly who care for other elderly in the context of the family". Data on gender, age, schooling, income, degree of kinship, self-reported frailty, time of care, intensity of help provided, perceived burden, cognitive demand of elderly care, indicators of religiosity and sense of perceived control were selected. Descriptive statistics and bivariate association measures were used. The proposed explanatory model was tested through Path analysis. **Results:** A composite sample comprised mostly of women (77%), mean age of 70 years (± 7.1), 62% being the elderly caregiver's spouse, with care for 4.6 years on average ($\pm 4,1$), assisting in nine tasks on average (± 3.8), caring for elderly people with mild and moderate cognitive impairment on average (1.42 ± 1.21). Frailty indicators were found in 81.1% of the sample with moderate burden ($M = 26.2$, $SD = 13.6$), high organizational religiosity ($M = 3.6$, $SD = 1.9$), high non-organizational religiosity ($M = 1.4$, $SD = 1.2$) and moderate indicators of personal control ($M = 9$, $SD = 2.5$). The proposed model explained 18.84% of the variability for sense of control, revealing associative paths between caregiver burden and sense of control, paths mediated between frailty and sense of control through caregiver burden, paths mediated between age and sense of control through organizational religiosity and paths mediated between frailty and sense of control through caregiver burden, non-organizational religiosity and organizational religiosity. **Conclusions:** Sense of control is a sensitive variable to the context of the care provided to another elderly person, as well as to the health conditions and the personal resources of the elderly caregiver. Indicators of organizational religiosity mediated the relations between the presence of frailty, burden and sense of control, acting as protective factor of the Self. It becomes necessary to more fully understand the effects of the conditions in which the elderly assume the care of another elderly person over self-referential and adaptive processes such as the sense of control.

Keywords: caregivers; aged; religion; adaptation, psychological.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo de Processo de Estresse do cuidador familiar de Pearlin e colaboradores (1990).....	16
Figura 2 – Esquema dos Constructos de Controle de Skaff (2007).....	17
Figura 3 – Modelo Inicial <i>Path Analysis</i>	34
Artigo 1 – Idosos cuidadores de idosos: senso de controle e suas relações com fragilidade, sobrecarga e religiosidade	
Figura 1 - Modelo inicial e final <i>Path Analysis</i>	49

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Caracterização sociodemográfica e descrição da amostra de idosos cuidadores em relação à fragilidade, variáveis relativas ao exercício do cuidado, religiosidade e senso de controle.....**46 e 47**
- Tabela 2** – Resultados significativos após comparação das variáveis categóricas de interesse entre níveis de senso de controle.....**49**
- Tabela 3** – Estimação dos coeficientes padronizados da *path analysis* do modelo inicial e final.....**50**

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Autorização do Uso de dados.....	74
Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	75
Anexo 3 – Protocolo do Estudo.....	77

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1. O cuidar e o idoso cuidador.....	13
1.2. Senso de controle no contexto do cuidar	16
1.3. Fatores do contexto do cuidado associados ao senso de controle do idoso cuidador	19
2. OBJETIVOS	28
3. METODOLOGIA	28
4. RESULTADOS.....	36
Artigo 1 (submetido)	37
5. DISCUSSÃO GERAL.....	61
6. CONCLUSÃO	64
7. REFERÊNCIAS	65
8. ANEXOS	74
ANEXO 1.....	74
ANEXO 2.....	75
ANEXO 3.....	77

1. INTRODUÇÃO

A transição demográfica e epidemiológica que vem ocorrendo no Brasil no último século tem aumentado o contingente de pessoas vivenciando a velhice por mais tempo com alta frequência de doenças crônicas¹. Este fenômeno, verificado especialmente nos países em desenvolvimento, aponta que a população idosa pode estar mais suscetível a cenários de maior dependência, em que são necessários cuidados de longa duração¹.

No contexto da família, a disponibilidade da oferta de cuidados prestados à idosos por indivíduos mais jovens vêm diminuindo, por conta da redução das taxas de fecundidade, aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho, novos arranjos familiares e migração de jovens adultos¹. Acrescenta-se ainda o fato de que o aumento em longevidade das populações possibilita a convivência de idosos mais velhos e mais jovens, como pais e filhos ou cônjuges favorecendo que idosos assumam, informalmente, o cuidado de outro idoso^{2,3}.

A tradição de pesquisa gerontológica sobre a temática do cuidado informal tem como base um perfil de cuidadores mais jovens e do gênero feminino¹ de forma que o estudo da assunção do cuidado por indivíduos idosos ainda é recente. O cuidador idoso apresenta peculiaridades biopsicossociais associadas ao processo de envelhecimento que podem diferenciá-lo dos cuidadores jovens em relação ao estresse advindo da experiência de cuidar, aos mecanismos de enfrentamento dessa situação e aos desfechos em saúde e indicadores de adaptação psicológica^{2,9}. Assim, a Gerontologia é desafiada a oferecer uma estrutura teórica de referência que auxilie a compreensão do fenômeno da oferta de cuidados a idosos dependentes, prestado por outro indivíduo também idoso, considerando as particularidades físicas, sociais e psicológicas do cuidador idoso.

1.1. O cuidar e o idoso cuidador

A literatura gerontológica registra que assumir o papel de cuidador informal envolve dispendir recursos psicológicos e físicos às tarefas e ao idoso alvo de cuidados, sendo que, mesmo entre indivíduos saudáveis, a dinâmica do prestar cuidados a um idoso pode afetar a qualidade da prestação dos cuidados, assim como conduzir a desfechos negativos em saúde psicológica do cuidador como a presença de sintomas depressivos, aumento de

ansiedade, baixo senso de controle, baixa percepção de suporte social, diminuição da qualidade de vida e aumento do senso de sobrecarga²⁻⁸.

A pessoa idosa, ao vivenciar as alterações advindas do próprio processo de envelhecimento e ao tornar-se cuidadora de outro idoso, está potencialmente exposta a uma dupla condição de vulnerabilidade⁹. Essa condição refere-se à sobreposição das exigências do cuidado àquelas advindas do envelhecimento pessoal. Assim, o cuidar potencialmente pode ser mais oneroso aos recursos disponíveis do cuidador e levar a consequências negativas associadas ao cuidado, como aumento da fadiga, diminuição de força, surgimento e agravamento de doenças, declínio funcional e diminuição de resistência a estressores ou fragilidade^{2,9-11}.

Dentre as exigências do cuidado a outro idoso, destacam-se as tarefas físicas de auxílio em atividades básicas e instrumentais de vida diária, o ônus financeiro advindo das necessidades do idoso alvo de cuidados e, muitas vezes, o gerenciamento de problemas comportamentais relacionados às condições de comprometimento cognitivo. Tal configuração de exigências pode ser apreciada como uma situação estressante, principalmente diante da indisponibilidade de ajuda de outros familiares^{2,5,7,12,13}.

A sobreposição entre fatores do exercício do cuidado e do envelhecimento representa, portanto, um cenário que desafia os modelos clássicos dedicados ao estudo do estresse do cuidador. Dentre eles, o Modelo do Processo de Estresse do cuidador de Pearlin e colaboradores¹⁴ tem sido o mais utilizado na compreensão de um conjunto de variáveis comuns no panorama do cuidado informal, assim como suas demandas, seus impactos e seus desfechos. Por sua relevância e valor heurístico na compreensão do fenômeno do cuidado familiar informal, torna-se um modelo candidato à averiguação do impacto do envelhecimento pessoal do cuidador sobre o processo de estresse.

O Modelo de Estresse do Cuidador desenvolvido por Pearlin e colaboradores na década de 1990^{14,15} considera as possíveis influências as quais o cuidador, em qualquer idade, está sujeito, e que interagem na geração de consequências negativas do cuidar. O modelo, representado na Figura 1, reúne variáveis advindas do contexto, da própria situação de cuidado, das percepções subjetivas do cuidar, dos seus impactos intrapsíquicos, cujos efeitos, mediados ou amortecidos pela presença de recursos e estratégias de enfrentamento, explicam a probabilidade de consequências negativas de assumir o papel de cuidador.

Especificamente, o modelo destaca:

- a) Do contexto do cuidado: condições econômicas e sociodemográficas do cuidador, história do cuidado e disponibilidade de ajuda externa.
- b) Estressores primários: definidos como estressores que surgem diretamente do cuidado ao alvo de cuidados¹⁶ e divididos em estressores primários objetivos e subjetivos. Os primeiros (b¹) englobam o status cognitivo, o grau de dependência, os comportamentos ditos “problema” e o prognóstico da doença, relacionados ao alvo de cuidados. Já os segundos (b²) englobam indicadores subjetivos relacionados à percepção do cuidador sobre sua condição, como: privação de relações sociais, aspectos de privacidade e sobrecarga percebida.
- c) Tensões secundárias do papel: condições que ocorrem por conta de estressores secundários, definidos como estressores diversos que podem surgir ou ser acentuados pelas demandas do cuidado¹⁶, condições essas como: conflitos familiares e no emprego, problemas econômicos e restrição da vida social.
- d) Tensões secundárias intrapsíquicas: definidas como impactos em características psicológicas do cuidador devido à situação do cuidado¹⁵, como: autoestima, senso de controle e autoeficácia, perda do *self*, prisão ao papel de cuidador, competência e sensação de ganho.
- e) Desfechos de saúde: efeitos que o cuidado pode ter sobre a saúde do cuidador¹⁵, como: ansiedade, depressão, declínios cognitivos, irritação e morbidades físicas.
- f) Mediadores: condições que auxiliam os cuidadores na avaliação do estresse vivenciado e no enfrentamento da situação do cuidado¹⁵, como: estratégias de *coping* e suporte social.

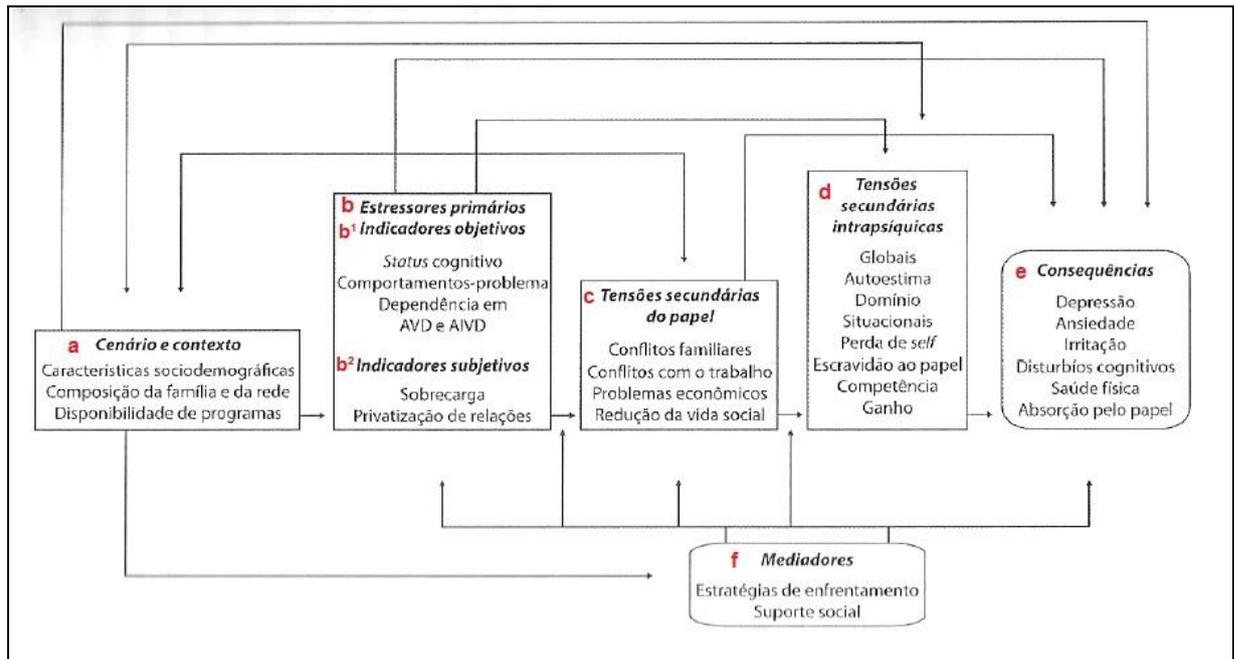


Figura 1 – Modelo de Processo de Estresse do cuidador familiar de Pearlin, Mullan, Semple e Skaff (1990), adaptado de Neri e Sommerhalder¹⁵.

O estudo e o modelo do Processo de Estresse do Cuidador vem sendo atualizado frequentemente levando em conta variáveis específicas relacionadas aos construtos latentes propostos tais como recursos pessoais que os indivíduos têm disponíveis para lidar com o estresse ou mecanismos de enfrentamento, suporte social, senso de controle e sistemas de crenças⁸⁰. Assim, este modelo serve como guia para incluir as influências do envelhecimento do cuidador dentro do contexto do cuidado, bem como para clarificar as interações entre as variáveis destacadas por Pearlin e colaboradores¹⁴.

1.2. Senso de controle no contexto do cuidar

Os eventos estressantes vivenciados na situação do cuidado podem causar impactos sobre processos psicológicos autorreferentes, como o autoconceito e o senso de controle pessoal, configurando o que foi denominado de tensões secundárias intrapsíquicas por Pearlin e colaboradores¹⁴.

Em especial, os efeitos do cuidar sobre o senso de controle pessoal têm implicações importantes para os estudos em Gerontologia, pois esta é uma variável importante e explicativa de fenômenos relacionados à manutenção da agência e autonomia na velhice¹⁷. Embora a literatura utilize termos diferentes para se referir ao controle¹⁷ e revele algumas divergências sobre sua concepção enquanto um traço ou estado individual ou mesmo sobre

sua manutenção ou declínio na velhice, esse senso pessoal é resultante das crenças de controle ou domínio sobre circunstâncias relevantes da vida derivadas da interação com ambiente em que se vive¹⁶⁻¹⁹.

Skaff¹⁷ observa a existência de várias dimensões do constructo “controle”, com definições próprias, como lócus de controle, autoeficácia, agência, controle primário e secundário como representadas na Figura 2.



Figura 2 – Esquema dos constructos de controle, adaptado de Skaff¹⁷.

Existem na Gerontologia diversas abordagens para compreensão do controle enquanto processo ou como um indicador de ajustamento na velhice levando em conta as variáveis do contexto e os recursos pessoais do indivíduo. Dentre elas, considera-se a Teoria de Controle no *Life-Span* de Heckhausen e Schulz⁷². De acordo com esta teoria, o indivíduo utiliza estratégias de controle primário e secundário para se adaptar às exigências do contexto, modificando suas ações. Ao longo do envelhecimento do indivíduo, as capacidades de ação direta do idoso sobre o ambiente ficam diminuídas^{17,72}, configurando diminuição no controle primário. Assim, o idoso lança mão de tentativas de modificação do *self* para se adequar ao mundo externo, configurando o papel compensatório do controle secundário^{17,72}.

Apesar da relevância desta teoria na compreensão do controle no envelhecimento, Skaff¹⁷ aponta a necessidade de distinção entre estratégias de controle e crenças de controle, uma vez que as estratégias estão mais ligadas ao processo de *coping* ou enfrentamento e ao que os indivíduos fazem para ter controle, enquanto que as crenças são referentes ao quanto os indivíduos acreditam ter o poder de controle sobre circunstâncias importantes de suas vidas.

Quando tomado como um indicador de ajustamento, o senso de controle constitui-se em uma variável importante na composição do bem-estar psicológico^{19,20} e da qualidade de vida subjetiva²¹. Nesse sentido, Hyde, Wiggins, Higgs e Blane²¹ propuseram um modelo de qualidade de vida entre idosos que pudesse abarcar o bem-estar psicológico levando em conta a Teoria de Satisfação de Necessidades de Maslow e construíram a Escala CASP-19, acrônimo das palavras, em inglês: *Control, Autonomy, Self-realization, Pleasure*. De acordo com a teoria de Maslow²² os indivíduos apresentam necessidades básicas ligadas à sobrevivência, como busca de alimento, segurança e vestuário. Tendo estas necessidades satisfeitas ao longo da vida adulta, ao chegar à velhice, os idosos procuram satisfazer outras necessidades, como a felicidade, autoestima, controle, autonomia, autorrealização e prazer²¹⁻²³. Wiggins e colaboradores²⁴ ainda referem que controle e autonomia são requisitos importantes para participação na sociedade, influenciando a qualidade de vida de idosos.

O senso de controle tomado como crenças de controle¹⁶⁻¹⁹ pode ser influenciado pelo contexto do cuidado devido às exigências específicas desse. Uma vez que não se trata de um traço estável, sendo sensível às experiências positivas e negativas, o senso de controle está sujeito à reavaliações com base na interação do cuidador e as situações de estresse crônico e de momentos de transições e dinâmicas do cuidar de outro idoso¹⁶⁻¹⁸.

Com o objetivo de compreender a influência de experiências passadas e presentes no senso de controle de 1162 idosos de 65 anos e mais, Pearlin, Nguyen, Schieman e Milkie¹⁸ verificaram que o senso de controle parece ser influenciado principalmente por atuais circunstâncias difíceis de vida, como o cuidado a outro idoso dependente, limitações na capacidade funcional ou restrições econômicas, sendo que a constância de tais estressores pode fazer com que os idosos tenham uma visão diminuída do próprio senso de controle¹⁸. Além disso, os autores¹⁸ observaram, nesta amostra, uma diminuição geral do senso de controle de acordo com o aumento da idade e argumentaram que este dado pode se dever às questões particulares vivenciadas no processo de envelhecer como a noção da própria mortalidade, medo de não conseguir cuidar de si mesmo, medo de perder a autonomia, e também ao fato de que os idosos ficam mais sensíveis aos estressores, vistos como mais ameaçadores e desafiadores.

Rafnsson, Shankar e Steptoe²⁵ verificaram como eram vivenciadas as transições do cuidado e suas relações com bem-estar subjetivo e humor deprimido entre 6571 cuidadores de idosos cônjuges e não cônjuges ao longo de dois anos. Com o intuito de medir o bem-estar

subjetivo os pesquisadores aplicaram a CASP-19²⁵ e puderam verificar que, entre os cuidadores que eram casados ou eram filhos do idoso alvo de cuidados e permaneciam no papel de cuidador, a qualidade de vida geral diminuiu após dois anos. Em relação ao senso de controle, sendo um dos domínios da CASP-19²³, os autores²⁵ referem que este também diminuiu e argumentam que esse fenômeno parece ter ocorrido por conta das demandas do cuidar e da falta de descanso dentre todos os cônjuges e filhos do alvo de cuidados. Especialmente no grupo dos cônjuges mais idosos, os autores ainda observam que estes podem ter diminuição do senso de controle depois de dois anos devido ao aumento da percepção de estresse do cuidado, à vivência de mais problemas de saúde e ao menor contato e suporte social²⁵.

Sendo que o cuidado a outro idoso tem demandas múltiplas que exigem dos recursos dos cuidadores, tanto física quanto mentalmente, o senso de controle pode ser afetado repercutindo em mudanças no bem-estar dos cuidadores¹⁶, tornando-se uma variável importante a ser estudada no contexto do idoso cuidador, além de chamar atenção para a necessidade de adequação dos modelos clássicos de estresse do cuidador, como o Modelo de Pearlin¹⁴, merecendo considerações especiais ao abordar e compreender o cuidador já idoso.

1.3. Fatores do contexto do cuidado associados ao senso de controle do idoso cuidador

De acordo com o Modelo de Pearlin e colaboradores¹⁴, existem determinados fatores que atuam sobre as tensões secundárias intrapsíquicas do cuidador, em especial o senso de controle. Dentre eles consideramos para este estudo a fragilidade que o cuidador idoso pode estar vivenciando, a sobrecarga percebida pelo cuidador idoso e a religiosidade do mesmo.

Fragilidade

Por envelhecerem cuidando ou assumindo o cuidado na velhice, os cuidadores idosos podem apresentar, anterior ou concomitantemente, doenças que afetam seu funcionamento pleno, assim como estarem em situação de fragilidade²⁶. Nesse sentido, as condições de saúde vivenciadas pelo cuidador idoso podem ser consideradas variáveis do cenário e do contexto do cuidador idoso a serem incluídas no Modelo de Pearlin¹⁴. Por se encontrar em um estado de vulnerabilidade orgânica, o idoso cuidador apresenta mais chances

de ter suas reservas fisiológicas diminuídas, bem como ter diminuída sua resistência a estressores e desenvolver a Síndrome de Fragilidade²⁷.

A Síndrome de Fragilidade se caracteriza por critérios fenotípicos propostos por Fried e colaboradores²⁸, a saber: perda de peso não intencional no último ano, sensação de fadiga, diminuição da velocidade de marcha, redução das atividades físicas e diminuição na força de preensão manual. Como estabelecido pelos autores²⁸, idosos que não apresentam nenhum desses critérios são denominados não frágeis, idosos que apresentam um e dois critérios são considerados pré-frágeis e, idosos que apresentam três ou mais critérios são considerados frágeis.

No contexto do cuidado, Tomomitsu, Lemos e Perracini²⁶ identificaram dados de prevalência e fatores associados à fragilidade dentre 50 idosos cuidadores de idosos dependentes. Desta amostra, 18% estavam frágeis e 54% em estado de pré fragilidade²⁶ demonstrando que os cuidadores assumem a responsabilidade pelo cuidado de outros idosos mesmo estando em condições vulneráveis de saúde.

Já no contexto do estudo “Bem-estar psicológico de idosos que cuidam de outros idosos no contexto da família”, Alves⁷³ investigou a prevalência de multimorbidade, sobrecarga e fragilidade dentre 148 idosos cuidadores. A autora verificou que 35% encontravam-se frágeis, 46% pré-frágeis, 51,3% apresentaram alta sobrecarga e 55,4% apresentaram multimorbidades⁷³, indicando que idosos cuidadores com piores condições de saúde e alta percepção de sobrecarga derivada do cuidado têm maior predisposição à fragilidade.

Dassel e Carr²⁹ realizaram pesquisa longitudinal para verificar se cuidar de um idoso no fim da vida poderia acelerar o aparecimento de fragilidade dentre 1246 cônjuges cuidadores. Os idosos alvos de cuidado foram divididos entre dois grupos, um com demência e outro sem demência e os dados foram coletados antes da morte, logo após a morte e dois anos depois da morte do alvo. Os autores²⁹ verificaram que os cônjuges cuidadores de idosos com demência apresentaram maiores chances de estarem frágeis após a morte do alvo de cuidados, uma vez que apresentaram maior idade e relataram prover mais horas de cuidado ao alvo, devido à dependência deste em Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs).

A partir de uma pesquisa com objetivo de avaliar o estresse e as estratégias de enfrentamento usadas por 18 cuidadores de idosos com Alzheimer, sendo 12 deles já idosos,

Sun¹² verificou que as condições de saúde vividas pelos cuidadores podem dificultar o cuidado prestado ao idoso dependente, assim como fazer com que as exigências desse cuidado sejam vistas como mais estressantes. Nesse sentido, o cuidado pode ser experimentado como uma tarefa ainda mais extenuante e desafiadora.

Além de prejuízos à capacidade funcional, a fragilidade pode influenciar o bem-estar psicológico de idosos. Dent e Hoogendijk³⁰ investigaram entre 172 idosos acima de 75 anos, a associação entre fatores psicossociais e fragilidade e encontraram que a fragilidade de 56% da amostra esteve associada a piores índices de ansiedade, de depressão e mais desfechos negativos de saúde como mortalidade, maior necessidade de cuidados e de hospitalização. Já em uma amostra de 2402 idosos brasileiros, Nascimento, Batistoni e Neri³¹ verificaram que a prevalência de sintomas depressivos era maior dentre os idosos frágeis e pré-frágeis do que entre os idosos não frágeis, assim como encontrado no estudo de Tomomitsu, Lemos e Perracini²⁶.

Com relação ao senso de controle, algumas pesquisas mostram que as condições de saúde podem influenciar a percepção de controle no idoso. Em uma pesquisa com o intuito de avaliar efeitos de doenças crônicas na qualidade de vida, medida pela CASP-19, 4961 participantes acima de 50 anos foram entrevistados por Sexton, King-Kallimanis, Layte e Hickey³². Os autores³² verificaram que os participantes acima de 65 anos tiveram mais doenças crônicas, maior diminuição da capacidade física e menor senso de controle e autonomia. Já o estudo de Gale, Cooper, Deary e Aihie Sayer³³ teve como objetivo verificar índices de bem-estar psicológico, medido pela CASP-19, e a incidência de fragilidade em uma amostra de 2557 idosos acima de 60 anos. Os autores³³ encontraram que os idosos com alto risco de se tornarem frágeis após quatro anos tinham baixos índices de senso de controle e autonomia.

Em estudo com cuidadores idosos, Tomomitsu, Lemos e Perracini²⁶ demonstraram também que a fragilidade esteve associada à maior percepção de sobrecarga pelo cuidado dispendido a outro idoso dependente. Assim, a fragilidade mostra-se um aspecto importante a ser considerado no cenário do idoso cuidador por poder aumentar a percepção de estresse devido às demandas do cuidar.

Sobrecarga

Considerada um estressor primário subjetivo no Modelo de Pearlin¹⁴, a sobrecarga percebida refere-se às avaliações positivas ou negativas do cuidador sobre efeitos que a situação do cuidado traz em relação aos seus recursos físicos, psicológicos e sociais demandados para cuidar de um idoso^{11, 34-36}.

Tema clássico na literatura gerontológica, a sobrecarga percebida pode ser avaliada através de vários instrumentos³⁶. Um deles, a Escala de Zarit (*Zarit Burden Interview*)³⁷, tem sido amplamente utilizado na medição da sobrecarga de cuidadores informais. Por meio de 22 itens, a escala identifica a percepção do cuidador, voltada para a situação do cuidado, nas seguintes categorias: saúde, vida pessoal, bem-estar emocional, relacionamentos sociais e aspectos financeiros^{11, 38}.

Como já descrito anteriormente, cuidar de um idoso dependente repercute em todas as esferas da vida de um indivíduo², podendo fazer com que o indivíduo se sinta sobrecarregado por essa situação^{9, 11}. Alguns aspectos associados à sobrecarga merecem destaque. Em revisão sistemática com objetivo de verificar repercussões da sobrecarga em cuidadores de pacientes em fim de vida, Delalibera, Presa, Barbosa e Leal³⁶ constataram que havia estudos que associavam aumento de sobrecarga ao declínio funcional do alvo de cuidados à necessidade de auxílio em tarefas de vida diária, ao estresse psicológico do cuidador, fazendo crescer risco de desenvolvimento de doenças psicossomáticas.

Riffin, Van Ness, Wolff e Fried³⁹, após estudo com 2423 cuidadores de idosos com ou sem demência e/ou incapacidades, verificaram que quanto maior o grau de dependência e incapacidade do idoso alvo de cuidados, maior foi a percepção de sobrecarga dos cuidadores. Dentre 82 cuidadores de idosos com doença de Parkinson associada à demência, com transtorno cognitivo leve e com cognição preservada, Jones e colaboradores⁴⁰ encontraram maiores índices de sobrecarga naqueles cuidadores de idosos com maior declínio cognitivo e que passavam mais horas cuidando do idoso alvo de cuidados, dados semelhantes aos encontrados por Oldenkamp e colaboradores⁴¹ em estudo com 660 cuidadores de idosos frágeis.

No intuito de compreender o impacto da sobrecarga do cuidado a idosos com doenças crônicas na qualidade de vida de 325 cuidadores, Faronbi e Olaogun⁴² verificaram que 59% da amostra apresentava sobrecarga severa e esta esteve associada à piores índices em

saúde geral, funcionamento físico e fadiga e à dificuldades financeiras. Em uma amostra de 43 idosos cuidadores de centenários, Brandão, Ribeiro, Oliveira e Paúl⁴³ encontraram sobrecarga associada à pior saúde percebida, à sintomas de ansiedade e depressão, assim como à suficiência de renda, apontada como fator estressante pelos participantes.

Swinkels e colaboradores³⁵ ainda chamam atenção para um importante recorte de gênero no cuidado prestado a idosos: o fato de que cuidadoras mulheres são mais sobrecarregadas do que cuidadores homens por viverem em um contexto de distribuições desiguais de oportunidades e responsabilidades e também por vivenciarem de forma diferente a experiência do cuidado ao próprio cônjuge. Ao estudarem 1611 casais de idosos, os autores³⁵ encontraram cuidadoras de idosos com mais necessidades de cuidados, provendo mais horas de cuidado e tendo menos ajuda de outrem do que os cuidadores homens. Já o maior nível de sobrecarga das cuidadoras esteve relacionado ao maior nível do que os autores chamaram de “estressores secundários”, ou seja: problemas de relacionamento com o alvo de cuidados, problemas financeiros e problemas em realizar as tarefas diárias por conta das demandas do cuidado³⁵; enquanto que a sobrecarga dos cuidadores estava menos relacionada aos estressores secundários e mais relacionada às horas de cuidado dispendido às esposas³⁵.

Devido a grande variedade de constructos e, portanto, diferentes definições¹⁷, a busca bibliográfica de relações entre a sobrecarga e o senso de controle, definido aqui anteriormente como crenças de controle sobre circunstâncias importantes da vida¹⁷, mostra-se escassa nas principais bases de dados da área da saúde. Entretanto, seus efeitos podem ser inferidos a partir da literatura psicológica dedicada ao estudo do estresse e do enfrentamento do estresse, uma vez que cuidar de idosos dependentes caracteriza-se como um evento estressante crônico^{2,14} que pode levar a uma percepção de sobrecarga e, conseqüentemente, afetar a crença de controle sobre a vida.

Alguns estudos, entretanto, buscaram verificar especificamente algumas condições do cuidado que podem levar à sobrecarga e que influenciaram o nível de senso de controle de cuidadores de idosos.

Rafnsson, Shankar e Steptoe descreveram²⁵ a diminuição encontrada no senso de controle de cônjuges e filhos cuidadores, principalmente devido às demandas do cuidar e a falta de tempo de descanso. Já Skaff, Pearlin e Mullan¹⁶ encontraram, em estudo longitudinal de três anos com 456 cuidadores de idosos com Alzheimer, mudanças no senso de controle no

grupo de cuidadores que continuavam prestando cuidados após três anos da primeira coleta. Os autores¹⁶ referem que a diminuição no senso de controle desses cuidadores esteve ligada ao aumento de dificuldade cognitiva do alvo de cuidados, aumento da sensação de prisão ao papel de cuidador e de perda do *self* e diminuição do suporte social. Como já visto anteriormente, estas variáveis estão ligadas a maior percepção de sobrecarga pelo cuidador.

Religiosidade

Pearlin e colaboradores¹⁴ destacam a importância da disponibilidade de recursos internos na avaliação do quão estressante e exigente a tarefa de cuidar parece ao cuidador. Em consonância com o paradigma de estresse e *coping* de Lazarus e Folkman⁷⁴, fatores pessoais internos e recursos externos, de natureza objetiva ou subjetiva, compõem o rol de auxílios e fonte de estratégias de enfrentamento dos quais os indivíduos podem lançar mão diante de situações estressantes.

Religiosidade pode ser considerada uma variável representativa de recursos de enfrentamento utilizada para adaptação a circunstâncias estressantes de vida, especialmente para os idosos^{44,75}, tornando-se um recurso pessoal com possibilidade de ser utilizado pelo cuidador para lidar com as demandas do cuidado a outro idoso⁴⁴.

Leblanc, Driscoll e Pearlin⁴⁵ atentam para o fato de que a religiosidade é um constructo multidimensional, com grande diversidade de mecanismos descritos na literatura, sendo importante o constante refinamento das conceituações e das medições da religiosidade. No presente estudo, a religiosidade é definida como grau em que o indivíduo crê e pratica determinada religião, por meio de suas crenças, rituais e símbolos, como forma de entrar em contato com o que considera divino⁴⁶⁻⁴⁸.

De acordo com instrumento de avaliação da religiosidade (Índice de Religiosidade de Duke) construído por Koenig, Parkerson e Meador⁴⁶, este constructo se apresenta por meio de três dimensões: religiosidade organizacional, ou seja, grau em que o indivíduo realiza sua prática religiosa publicamente em encontros, como missas, cultos, grupos, etc.; religiosidade não organizacional, ou seja, grau em que o indivíduo realiza práticas religiosas de forma privada, como preces, meditações, leitura de guias religiosos, assistir missas ou cultos pela televisão, etc.; e religiosidade intrínseca ligada à vivência subjetiva da religião em todos os aspectos da vida do indivíduo.

A partir de revisões sistemáticas da literatura, Koenig^{47,49} refere relações inversas da religiosidade e com problemas de saúde, como: doenças cardíacas, hipertensão, doenças cerebrovasculares, demências e doença de Alzheimer, sistema imunológico deficitário, câncer, baixo funcionamento físico, pior saúde autorrelatada, dor e aumento de mortalidade. O autor elenca, assim, diversos benefícios que a religiosidade pode trazer no que diz respeito à comportamentos de saúde, como: prática de exercícios, diminuição do hábito de fumar, consumo de dietas alimentares mais saudáveis e menos comportamentos sexuais de risco^{47,49}, podendo auxiliar na prevenção de doenças e no enfrentamento de incapacidades funcionais⁵⁰.

As relações entre religiosidade e saúde mental também são bastante exploradas na literatura, havendo diversas associações com indicadores de depressão, ansiedade, esquizofrenia, abuso de substâncias, assim como relações positivas diretas com suporte social, melhor enfrentamento de doenças graves, emoções positivas, felicidade, esperança, otimismo, senso de significado e propósito, autoestima, dentre outras variáveis^{47,49,51-53}. Além disso, Koenig⁴⁷ refere que a religiosidade traz bem-estar ao indivíduo, por poder se pautar em modelos sagrados que auxiliam na aceitação do sofrimento e poder usufruir de uma rede de suporte humano e divino, reduzindo sentimentos de solidão e isolamento.

Com intuito de compreender a relação entre o envolvimento religioso e a adaptação psicológica de cuidadoras de idosos com incapacidades físicas ou neurológicas, Koenig e colaboradores⁴⁴ verificaram que, em uma amostra de 251 mulheres cuidadoras, incluindo idosas, o envolvimento religioso foi moderado e esteve inversamente relacionado à percepção de estresse e à sobrecarga do cuidador, e dentre as que cuidavam dos cônjuges e eram mais velhas, esta relação mostrou-se mais forte. Já em estudo com 100 cuidadores de idosos hospitalizados, De Oliveira e colaboradores⁵⁴ verificaram que os cuidadores com mais sintomas de ansiedade tinham menores índices de religiosidade organizacional e maiores índices de sobrecarga e de tempo dispendido para o cuidado. Fider, Lee, Gleason e Jones⁵⁵ encontraram ainda, dentre 584 cuidadores de idosos dependentes, correlação negativa entre aspectos de religiosidade, como perceber Deus como amoroso e ter suporte social da comunidade religiosa que frequenta, e sobrecarga.

Assim, ao se deparar com as exigências do cuidado, o idoso que cuida de outro idoso tem seus recursos pessoais demandados e pode lançar mão da própria religiosidade para lidar com este contexto. As crenças e as práticas religiosas como fonte de significados e propósitos transcendentais e como fonte de suporte social e sentido de pertencimento têm sido

propostos como mecanismos associados à atuação da religiosidade sobre o bem-estar^{47,52}. Em especial, a religiosidade pode atuar sobre a própria percepção de ter recursos ou fontes confiáveis para a ação, ou seja, sobre o senso de controle pessoal sobre as situações cotidianas e sobre os eventos estressantes.

Sobre a atuação da religiosidade sobre o senso de controle, Jang e colaboradores⁵⁶, em estudo desenvolvido com idosos afroamericanos, defenderam a premissa de que a religiosidade parece aumentar seu senso de controle, por conta do empoderamento causado pela religião para enfrentar dificuldades, enquanto que entre idosos brancos essa associação não foi encontrada. Já em revisão sistemática, Koenig⁴⁹ refere haver correlação positiva entre a religiosidade e o senso de controle interno frente a situações desafiadoras. O autor argumenta que acreditar em Deus e rezar para que as circunstâncias mudem pode fazer com que o senso de controle do indivíduo se mantenha ou aumente⁴⁹.

As relações entre religiosidade e senso de controle pessoal entre idosos têm sido testadas empiricamente, com a proposição, realizada por Krause⁷⁶, de um novo constructo denominado “controle mediado por Deus”, ou seja, crenças de que problemas vivenciados podem ser superados e objetivos podem ser alcançados quando o indivíduo sente que compartilha o controle com Deus (ou um ente superior). Nesse sentido, a religiosidade faz com que Deus tome a figura de um guia e colaborador⁷⁹, sendo que a evocação das crenças religiosas pode oferecer senso de controle indireto e auxiliar na manutenção de atividades importantes para o idoso, como cuidar⁷⁹, na manutenção do otimismo, assim como lidar melhor com eventos de vida estressantes⁷⁷. Além disso, em estudo longitudinal com 1500 idosos acima de 65 anos, Krause e Hayward⁷⁷ referem que manter crenças de controle mediado por Deus pode compensar as perdas no controle direto sobre situações na velhice, auxiliando na manutenção do bem-estar psicológico.

A partir de estudo longitudinal com uma amostra de 1011 idosos, Krause⁷⁸ verificou que aqueles que iam à igreja mais frequentemente apresentavam maior controle mediado por Deus, assim como encontrado em estudo do mesmo autor realizado em 2014⁷⁹. A pesquisa demonstrou ainda que os idosos que apresentavam maior controle mediado por Deus também apresentam maior senso de significado na vida e maior otimismo⁷⁸.

Já em estudo realizado com 661 idosos acima de 66 anos, Krause⁷⁶ demonstra que o envolvimento social presente nas instituições religiosas faz com que haja maior senso de

controle mediado por Deus. Atividades como estudar a Bíblia, participar de grupos de oração e estar inserido na rede social provida pela instituição religiosa, parece aumentar a crença de controle mediado por Deus.

Ao reunir informações advindas dos relatos de pesquisa e tomando o Modelo de Estresse do cuidador de Pearlin e colaboradores como referência, busca-se, na presente dissertação, contribuir para a literatura Gerontológica ao destacar especificidades relativas ao cuidador idoso que auxiliem na explicação e predição da probabilidade de desfechos negativos advindos da assunção desse papel. Foram destacados, em especial, o contexto e as condições sociodemográficas em que idosos estão assumindo o cuidado de outros idosos, a caracterização da saúde dos idosos cuidadores, em termos de fragilidade, e a forma com que tais condições de saúde influenciam a prestação de cuidados, a avaliação subjetiva das exigências do cuidado sobre os recursos que o idoso cuidador possui, em termos de sobrecarga percebida e, os indicadores de religiosidade dessa população e se estes recursos auxiliam no momento de lidar com os desafios do cuidar de outro idoso. Tais variáveis são tomadas na explicação de alterações registradas pela literatura no senso de controle de cuidadores idosos. As especificidades dessas relações ainda não têm sido investigadas entre pesquisadores brasileiros e pouco explorada na literatura estrangeira no que concerne idosos cuidadores de outros idosos.

Para tanto, foi proposto um modelo teórico de compreensão deste fenômeno desenvolvido com base nas evidências da literatura e sob a lógica do modelo de Pearlin e colaboradores, com a escolha de *path analysis* como estratégia de análise dos dados coletados para testar tal modelo. Spiro III⁷¹ refere que apenas o uso de métodos de análise simultânea de dados, como a regressão logística, pode empobrecer a pesquisa, uma vez que demonstra efeitos mais proximais das variáveis no desfecho pesquisado. Ele argumenta⁷¹ que o pesquisador, a partir do estudo da teoria, pode verificar o potencial que determinadas variáveis têm como mediadoras dos efeitos de um fator em um desfecho e, assim, decidir por uma análise de dados mais efetiva como a *Path Analysis*. Nesse sentido, o uso deste método auxilia no entendimento das influências distais no desfecho, principalmente no estudo dos possíveis caminhos que associam variáveis psicossociais à desfechos específicos. Dessa forma, esta pesquisa adotou a *path analysis* como método de análise dos dados para entender a influência das variáveis independentes no desfecho desejado (senso de controle).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Identificar e analisar o senso de controle e suas possíveis relações com fragilidade, sobrecarga e religiosidade dentre idosos cuidadores de outros idosos.

2.2 Objetivos específicos

Descrever a amostra de idosos cuidadores segundo variáveis sociodemográficas (gênero, idade, escolaridade, renda e grau de parentesco), presença de indicadores de fragilidade, variáveis relativas ao cuidado (tempo em que é cuidador, intensidade da ajuda prestada, demanda cognitiva do alvo de cuidados e sobrecarga percebida), indicadores de religiosidade e senso de controle percebido.

Identificar associações entre as variáveis do estudo e níveis baixos, intermediários e altos de senso de controle percebido.

Testar um modelo multivariado explicativo via análise de caminhos (*Path Analysis*) considerando duas variáveis sociodemográficas (gênero e idade), presença de fragilidade, uma variável relativa ao cuidado (sobrecarga percebida), indicadores de recursos religiosos com o desfecho senso de controle, construído a partir do Modelo de Estresse do cuidador de Pearlin e colaboradores, o qual versa sobre um conjunto de variáveis relativas ao contexto do cuidado que podem trazer consequências negativas ao bem-estar físico e psicológico do cuidador familiar informal.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo e analítico, com metodologia transversal com amostra de idosos cuidadores, derivado de um estudo mais amplo realizado no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP denominado “Bem-estar psicológico de idosos que cuidam de outros idosos no contexto da família”.

3.2 Amostra

Para a presente pesquisa a amostra utilizada foi de 148 idosos de 60 anos e/ou mais e que exercem cuidados a outro idoso dependente no domicílio, há no mínimo 6 meses, sendo cônjuges, companheiros, pais ou outros parentes. A amostra é caracterizada como de conveniência, pois foi indicada por profissionais de saúde de serviços públicos e particulares voltados para a população idosa nas seguintes cidades: Campinas, Indaiatuba, Jundiaí e Vinhedo.

Como critério de exclusão foi utilizada a pontuação abaixo da nota de corte na escala *Cognitive Abilities Screening Instrument-Short Form* (CASI-S) validada para o Brasil por Damasceno e colaboradores⁵⁷ para rastreio de declínio cognitivo, sendo a nota de corte 23 pontos até os 70 anos e 20 pontos a partir dos 70 anos de idade. Já como critérios de inclusão foram utilizados a idade igual ou acima de 60 anos, ser cuidador principal do idoso alvo de cuidados e a anuência em participar da pesquisa.

3.3 Procedimentos

Os idosos cuidadores foram recrutados após indicação dos profissionais de saúde dos serviços utilizados pelo alvo de cuidados e foram entrevistados entre outubro de 2014 e agosto de 2015, no próprio serviço de saúde ou em seus domicílios, após agendamento. As entrevistas foram realizadas por alunos de mestrado e doutorado do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP previamente treinados para a coleta de dados.

Em média, cada entrevista para coleta de dados durou 56 minutos ($\pm 12,2$), com duração mínima de 30 minutos e máxima de 105 minutos. Os entrevistadores aplicaram o protocolo completo do estudo (Anexo 3), o qual continha os seguintes blocos de perguntas: BLOCO A – Critérios de Elegibilidade, BLOCO B – Condições socioeconômicas da família e do cuidador, BLOCO C – Saúde física do cuidador, BLOCO D – Status mental, BLOCO E – Condições socioeconômicas da família do cuidador, BLOCO F – Características do idoso alvo de cuidados, BLOCO G – Funcionalidade familiar, BLOCO H – Autoavaliação de saúde, BLOCO I – Avaliação subjetiva do cuidado, BLOCO J – Recursos psicológicos, BLOCO L – Bem-estar psicológico do cuidador e BLOCO M – Pergunta aberta sobre enfrentamento de dificuldade do cotidiano do cuidado. Além disso, os entrevistadores registravam as respostas dos participantes e esclareciam possíveis dúvidas dos mesmos ao longo da entrevista. Ao final

da sessão, os participantes receberam um folheto contendo instruções práticas sobre a comunicação com idosos.

3.4 Aspectos éticos

O estudo “Bem-estar psicológico de idosos que cuidam de outros idosos no contexto da família” foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas com parecer de aprovação nº 822.364, em 06/10/2014 e registrado na Plataforma Brasil através do código C.A.A.E.: 3586 8514.8.0000.5404, respeitando as exigências da Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo 1).

Os idosos cuidadores participantes, após recrutamento, foram esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, bem como sobre a participação voluntária e sigilosa, sem benefícios diretos após participação e possibilidade de desistência sem prejuízos e convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da pesquisa (Anexo 2).

3.5 Instrumentos

Do protocolo utilizado no estudo “Bem-estar psicológico de idosos que cuidam de outros idosos no contexto da família” (Anexo 3), foram selecionadas as variáveis de interesse e instrumentos descritos a seguir.

a) Variáveis sociodemográficas: Obtidas por meio de questionário para levantamento de dados relativos ao: gênero, idade, escolaridade, renda e grau de parentesco entre o idoso cuidador e o idoso alvo de cuidados, em que este último foi investigado através de questão aberta “qual seu grau de parentesco com o alvo?”, podendo optar por “cônjuge”, “progenitor”, “sogro(a)”, “irmão(a)”, “tio(a)” e “filho(a)”, em que neste estudo os participantes foram classificados entre “cônjuge” e “não-cônjuge”.

b) Fragilidade: indicadores de fragilidade foram obtidos por meio do Instrumento de Avaliação de Fragilidade Autorreferida, validado para o Brasil por Nunes e colaboradores²⁷. Este permite rastreamento confiável e fidedigno da fragilidade de acordo com os critérios estipulados por Fried e colaboradores²⁸ de forma subjetiva, ou seja, baseado na percepção dos próprios idosos. Os idosos cuidadores responderam, respectivamente, sobre perda de peso não intencional, redução de força, redução da velocidade de marcha, baixa atividade física de forma dicotômica: “Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) perdeu peso sem fazer

nenhuma dieta?”, “Se sim, quantos quilos? (a) Entre 1 kg e 3kg e (b) Mais de 3kg”, pontuava positivamente o idoso que referiu mais de 3kg; “Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) sente mais enfraquecido(a), acha sua força diminuiu?”; “O(a) sr(a) acha que hoje está caminhando mais devagar do que caminhava há 12 meses?”; “O(a) sr(a) acha que faz menos atividades físicas do que fazia há 12 meses?”; Já para fadiga respondiam de acordo com as seguintes opções: “Com que frequência, na última semana, o(a) sr(a) sentiu que não conseguia levar adiante suas coisas (iniciava alguma coisa mas não conseguia terminar)?”, “Nunca ou raramente (menos de 1 dia), poucas vezes (1-2 dias), algumas vezes (3-4 dias), a maior parte do tempo”; “Com que frequência, na última semana, a realização de suas atividades rotineiras exigiram do(a) sr(a) um grande esforço para serem realizadas?”, “Nunca ou raramente (menos de 1 dia), poucas vezes (1-2 dias), algumas vezes (3-4 dias), a maior parte do tempo”. Os idosos cuidadores que responderam “algumas vezes” ou “a maior parte do tempo” nas perguntas referentes à fadiga, pontuavam positivamente para este critério. As três categorias de classificação propostas por Fried et al.²⁸ se mantiveram, a saber: não frágil (não pontua em nenhum critério), pré-frágil (pontua em um ou dois critérios) e frágil (pontua em três ou mais critérios). Neste estudo, utilizaram-se duas categorias: “robusto” para aqueles que não pontuaram em nenhum critério e “em fragilidade” para aqueles que pontuaram em um ou mais critérios.

c) Variáveis relativas ao contexto do cuidado:

c.1) Tempo em que é cuidador: Identificado por meio de uma pergunta aberta feita para o cuidador, “há quanto tempo está cuidando?”, com respostas registradas em anos.

c.2) Demandas físicas do cuidado: foram avaliadas através da Escala de Lawton e Brody⁵⁸, validada por Brito, Nunes e Yuaso⁵⁹ e a Escala de Katz et al.⁶⁰, validada por Lino et al.⁶¹. Estas escalas avaliam, respectivamente, o grau de dependência do idoso alvo de cuidados em sete Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) e em seis Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs), a saber: uso de telefone, uso de transporte, fazer compras, preparar refeições, realizar tarefas domésticas, tomar medicações, manejo de dinheiro; e, tomar banho, vestir-se, usar vaso sanitário, fazer transferências de local, controlar esfíncteres e alimentar-se. O grau de dependência do alvo é avaliado de acordo com as respostas “totalmente independente”, “precisa de ajuda parcial” e “precisa de ajuda total” em cada item. Após resposta do cuidador em cada item, se a opção escolhida fosse “parcial” ou “total”, foi feita a seguinte questão: “Você é o principal responsável por essa ajuda?”, respondida

dicotomicamente, com objetivo de verificar o número de tarefas nas quais o idoso cuidador era o principal auxílio do idoso alvo, em uma escala de 0 a 13.

c.3) Sobrecarga percebida: o senso de sobrecarga percebida pelo idoso cuidador foi medido através da Escala de Sobrecarga de Zarit³⁷, validada para uso no Brasil por Scazufca³⁸. A escala avalia o nível de sobrecarga através de 22 itens que abarcam percepções de mudança no cuidador após início do cuidado em relação à saúde, bem-estar emocional, relações sociais, vida pessoal e aspectos financeiros. Em cada item o cuidador opta por uma das seguintes classificações: “nunca”, “raramente”, “algumas vezes”, “frequentemente” ou “sempre”, correspondendo a 0, 1, 2, 3 e 4, respectivamente. A pontuação varia de 0 a 88 pontos, sendo que no presente estudo o nível de sobrecarga foi dividido em tercís.

c.4) Demanda cognitiva do alvo de cuidados: o grau de comprometimento cognitivo do idoso alvo de cuidados foi avaliado por meio da escala *Clinical Dementia Rating* (CDR), validada por Montão e Ramos⁶², a qual aborda memória, orientação temporo-espacial, julgamento e solução de problemas, relações comunitárias, lar e passatempos, e cuidados pessoais, avaliada pelo cuidador, com objetivo de verificar o estadiamento do declínio cognitivo do idoso alvo de cuidados. Neste estudo foram avaliados quatro itens a respeito da memória, orientação temporo-espacial, julgamento e solução de problemas e cuidados pessoais do idoso alvo de cuidados. O cuidador foi questionado a respeito do grau de dificuldade que o alvo de cuidados apresentava em cada categoria e o entrevistador optou por uma das seguintes alternativas, de acordo com a resposta do cuidador: “0- nenhum”, “0,5- questionável”, “1- leve”, “2- moderado” e “3- grave” e em um item, sobre cuidados pessoais, optar por “0- nenhum”, “1- leve”, “2- moderado” e “3- grave”. A pontuação é calculada em cada categoria e a classificação final segue os critérios estabelecidos por Morris⁶³, em que 0=normal, 0,5=questionável, 1=leve, 2=moderado e 3=grave. Neste estudo a demanda cognitiva foi classificada da seguinte forma: 0-0,5= normal, 1-2 = leve e moderada e 3= grave.

d) Religiosidade: foi utilizado o Índice de Religiosidade de Duke (DUREL) formulado por Koenig et al.⁴⁶ e validado para a língua portuguesa por Taunay et al⁴⁸. A escala é composta por 5 itens divididos em três dimensões: religiosidade organizacional (RO), relacionada à frequência em encontros religiosos, religiosidade não organizacional (RNO), relacionada à frequência de atividades religiosas privadas e religiosidade intrínseca (RI), relacionada à vivência interna da religiosidade. O item da dimensão RO é: “Com que

frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?"; o item da dimensão RNO é: "Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?"; os itens da dimensão RI são: "Em minha vida eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo)", "As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver" e "Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida". Os dois primeiros itens estão em escala do tipo Likert de 6 pontos, com as seguintes opções: "mais do que uma vez por semana", "uma vez por semana", "duas a três vezes no mês", "algumas vezes por ano", "uma vez por ano ou menos", "nunca"; enquanto que os três últimos em escala de 5 pontos, com as seguintes opções: "totalmente verdade para mim", "em geral é verdade", "não estou certo", "em geral não é verdade", "não é verdade". As dimensões não devem ser somadas em um escore total, mas sim analisadas separadamente, em que a pontuação pode variar de 1 a 6 nas dimensões RO e RNO e de 1 a 5 na dimensão RI. Neste estudo, as pontuações foram divididas em alta religiosidade e baixa religiosidade, de acordo com os valores da mediana em cada dimensão.

e) **Senso de Controle:** identificado por meio do subdomínio "Controle" da escala CASP-19, proposta por Hyde et al.²¹ e validada para o português por Lima et al.⁶⁴. A CASP-19 é um instrumento para medição da Qualidade de Vida de idosos, considerando 4 domínios Controle (C), Autonomia (A), Autorrealização (S) e Prazer (P) ao longo de 19 itens, avaliados pelos cuidadores idosos através de uma escala do tipo Likert de 4 pontos, em que 0 equivale a "nada", 1 equivale a "um pouco", 2 equivale a "muito" e 3 equivale a "muitíssimo". A partir da validação realizada por Lima et al.⁶⁴, verificou-se que os quatro itens da subescala Controle têm boa consistência interna com alfa de Cronbach igual a 0,67, conseguindo avaliar o senso de controle dos participantes. Assim, para esta pesquisa será utilizada apenas a subescala Controle da CASP-19, avaliada através de 4 perguntas: "Minha idade me impede de fazer as coisas que eu gostaria de fazer", "Eu sinto que não tenho controle sobre o que acontece comigo", "Eu me sinto livre para planejar o futuro" e "Eu me sinto deixado de lado". A pontuação varia de 0 a 12 pontos e neste estudo a classificação final foi dividida em tercís, de acordo com a distribuição da amostra.

3.6 Análise dos dados

As análises estatísticas foram feitas através do software SAS (*Statistical Analysis System*) em sua versão 9.2 para o Windows, em que as respostas dos participantes às variáveis

de interesse acima mencionadas passaram por análises estatísticas descritivas e por testes não paramétricos, obtendo suas frequências absolutas e relativas⁶⁵. Para todos os testes estatísticos, o nível de significância tomado foi de $p < 0.05$, ou seja, 5%.

O perfil da amostra estudada em relação às variáveis foi descrito através de tabelas de frequência das variáveis categóricas, com valores da frequência absoluta (n) e percentual (%) e de estatísticas descritivas das variáveis numéricas, considerando valores de média, desvio padrão, valores mínimo e máximo e mediana. Para comparação das variáveis categóricas em relação aos níveis de senso de controle, foram utilizados os testes Qui-Quadrado e Exato de Fisher⁶⁶⁻⁶⁸.

Com o intuito de verificar a relação entre as variáveis de interesse e senso de controle, realizou-se a análise de equações estruturais via análise de caminhos (*Path Analysis*), para variáveis manifestas (*structural equation modeling for manifest variables*) e estimação por máxima verossimilhança. O modelo utilizado foi composto de parâmetros fixos, com coeficientes de caminhos iguais a zero, e parâmetros livres a serem estimados, com coeficientes de caminhos diferentes de zero, em que foram calculadas estatísticas para a adequação ou bondade do ajuste, denominado “*goodness of fit*”, do modelo teórico proposto aos dados que foram coletados^{69,70} (ver Figura 3):

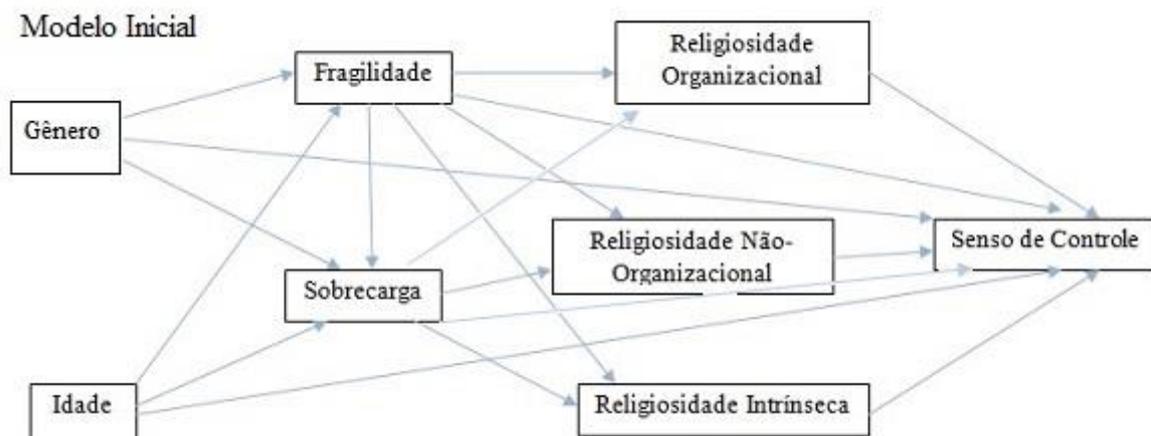


Figura 3 – Modelo Inicial *Path Analysis*

As estatísticas usadas para a *path analysis* foram as seguintes:

- Teste Qui-Quadrado para bondade de ajuste, em que verifica se a matriz de covariâncias estimadas é igual à matriz de covariâncias da amostra e deve apresentar nível de significância maior que 0,05.
- Razão Qui-Quadrado (χ^2/GL), uma vez que o teste anterior normalmente é significativo para amostras grandes; o valor final deve ser menor que 2 para indicar bom ajuste.
- GFI (*Goodness of Fit Index*), com valor de aceitação maior ou igual a 0,85.
- AGFI (*GFI Adjusted for Degrees of Freedom*), com valor de aceitação maior ou igual a 0,80.
- SRMR (*Standardized Root Mean Square Residual*), com valor de aceitação menor ou igual a 0,10.
- RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*), com valor de aceitação menor ou igual a 0,08.
- CFI (*Bentler's Comparative Fit Index*), com valor de aceitação maior ou igual a 0,90.
- NNFI (*Bentler's & Bonett's Non-normed Index*), com valor de aceitação maior ou igual a 0,90.

Com o intuito de analisar a qualidade do ajuste dos dados aos caminhos propostos, foram realizados ainda testes de significância para os coeficientes dos caminhos (*path coefficients*), em que valores absolutos de $t > 1.96$ indicam que o caminho tem coeficiente significativamente diferente de zero⁷⁰. Também foi utilizado o teste de Wald para sugerir modificações nos caminhos propostos, por meio da exclusão de alguns caminhos entre determinadas variáveis, verificando o quanto a retirada do caminho influencia no aumento da estatística Qui-Quadrado do modelo proposto. Foi feito, ainda, o teste de multiplicadores de Lagrange verificando a necessidade da criação de um caminho não considerado no modelo inicial proposto e demonstrando o quanto haverá de redução significativa na estatística Qui-Quadrado após inclusão deste caminho no modelo ou de melhora na qualidade do ajuste.

4. RESULTADOS

Os resultados do estudo serão apresentados no formato de artigo submetido à revista Estudos de Psicologia (Natal), intitulado “Idosos cuidadores de idosos: senso de controle e suas relações com fragilidade, sobrecarga e religiosidade”.

Message-ID: <59affca1.f227c80a.aeb44.dd9c@mx.google.com>
 From: "Estudos de Psicologia (Natal)" <noreply.ojs@scielo.org>
 X-Google-Original-From: "Estudos de Psicologia (Natal)" <revpsi@cchla.ufrn.br>
 To: Larissa Centofanti Lemos <larissacentofanti@gmail.com>
 Subject: [EPSIC] 185028 - Submissao cadastrada
 Content-Type: text/plain; charset="utf-8"
 X-Mailer: Public Knowledge Project Suite v2
 X-Originating-IP: 189.29.78.60
 Date: Wed, 06 Sep 2017 10:48:14 -0300

Prezado(a) autor(a),

Acusamos o cadastro de sua submissão no sistema web da revista Estudos de Psicologia (Natal).

O manuscrito passará por uma análise preliminar para decidirmos sobre o início do processo de avaliação propriamente dita ou recusa inicial do mesmo.

Tão logo tenhamos essa informação, entraremos em contato.

Para acessar o sistema, utilize o login e senha fornecidos no e-mail de cadastro.

Agradecemos a preferência por Estudos de Psicologia.

Cordialmente,
 Isabel Fernandes e Fívia Lopes, Editoras

Estudos de Psicologia (UFRN-Natal)
 E-mail: <revpsi@cchla.ufrn.br>
 Editoras: Isabel Fernandes & Fívia Lopes
 Editores-associados: Alexsandro Luiz De Andrade; Arrilton Araújo de Souza;
 Cândida Maria Bezerra Dantas; Fernanda Fernandes Gurgel; Izabel Hazin;
 Jáder Ferreira Leite; Magda Diniz Bezerra Dimenstein; Raquel Diniz; Tatiana
 Lucena Torres
 Apoio Editorial: Danielle Dantas
<http://submission.scielo.br/index.php/epsic>

Idosos cuidadores de idosos: senso de controle e suas relações com fragilidade, sobrecarga e religiosidade.

Senso de controle entre idosos cuidadores

Resumo

O objetivo deste estudo foi testar um modelo explicativo do senso de controle pessoal identificado entre idosos que cuidam de outros idosos no contexto familiar considerando seus aspectos sociodemográficos, fragilidade, sobrecarga e religiosidade. Participaram 148 cuidadores ($70 \pm 7,1$ anos), sendo 77% mulheres, avaliados segundo Fragilidade Autorreferida, Tempo do Cuidado, Demandas Físicas do Cuidado, Escala de Sobrecarga de Zarit, *Clinical Dementia Rating*, Índice de Religiosidade de Duke e subdomínio Controle da Escala CASP-19. Cerca de 80% da amostra encontra-se em processo de fragilização e apresenta, em média: sobrecarga moderada ($26,2 \pm 13,6$), alta religiosidade organizacional ($3,6 \pm 1,9$) e não organizacional ($1,4 \pm 1,2$) e senso de controle médio ($9 \pm 2,5$). O modelo testado explicou 18,84% da variabilidade em senso de controle e os resultados sugerem que indicadores de fragilidade e sobrecarga levam a impactos negativos ao senso de controle quando não mediados por presença de religiosidade. Tais resultados foram discutidos à luz da literatura psicológica e gerontológica.

Palavras-chave: cuidadores; idoso; crenças religiosas; adaptação psicológica.

Abstract

Elderly caregivers of the elderly: sense of control and its relationships with frailty, caregiver burden and religiosity

The objective of this study was to test an explanatory model of the sense of personal control identified among elderly people who care for other elderly in the family context considering their sociodemographic, frailty, burden and religiosity aspects. Participants included 148 caregivers (70 ± 7.1 years), 77% of whom were women and were evaluated according to Self-Reported Frailty, Time of Care, Physical Demands of Care, Zarit Burden Interview, Clinical

Dementia Rating, Duke Religious Index and subdomain Control in CASP-19 Scale. About 80% of the sample is in the process of being fragilized and presents, on average, moderate burden (26.2 ± 13.6), high organizational (3.6 ± 1.9) and non-organizational religiosity (1.4 ± 1.2) and mean control (9 ± 2.5). The model tested explained 18.84% of the variability in control sense and the results suggest that indicators of frailty and burden lead to negative impacts to the sense of control when not mediated by presence of religiosity. These results were discussed in the light of the psychological and gerontological literature.

Keywords: caregivers; aged; religion; adaptation, psychological.

Resumen

Ancianos cuidadores de ancianos: sentido de control y sus relaciones con fragilidad, sobrecarga y religiosidad

El objetivo de este estudio fue probar un modelo explicativo del sentido de control personal identificado entre ancianos que cuidan a otros ancianos en el contexto familiar considerando sus aspectos sociodemográficos, fragilidad, sobrecarga y religiosidad. Participaron 148 cuidadores ($70 \pm 7,1$ años), 77% mujeres, evaluados de acuerdo con la Evaluación de Fragilidad Autorreferida, Tiempo del Cuidado, Demandas Físicas del Cuidado, Escala de Sobrecarga de Zarit, *Clinical Dementia Rating*, Índice de Religiosidad de Duke y subdominio Control de Escala CASP-19. El 80% de la muestra se encuentra en proceso de fragilización y presenta, en promedio: sobrecarga moderada ($26,2 \pm 13,6$), alta religiosidad organizacional ($3,6 \pm 1,9$) y no organizacional ($1,4 \pm 1,2$) y el sentido de control medio ($9 \pm 2,5$). El modelo probado explicó el 18,84% de la variabilidad en sentido de control y los resultados sugieren que indicadores de fragilidad y sobrecarga llevan a impactos negativos al sentido de control cuando no mediados por presencia de religiosidad. Estos resultados se discutieron a la luz de la literatura psicológica y gerontológica.

Palabras-clave: cuidadores; anciano; religión; adaptación psicológica.

Os efeitos psicológicos negativos associados à experiência de cuidar de idosos em condições de dependência é um tema frequente em Psicologia e em Gerontologia (Pearlin, Mullan, Semple e Skaff, 1990; Pearlin, 2009). Sob o paradigma de estresse e *coping*, assumir o cuidado de idosos é um exemplo clássico do que se é denominado de estressor crônico, por conta da prolongada e contínua exposição dos indivíduos a eventos cotidianos de vida desafiadores (Bianchi, 2015).

Um renovado interesse pelo tema tem surgido diante das alterações nos perfis dos indivíduos que assumem tal tarefa no contexto domiciliar representados tanto pelo aumento da presença de cuidadores formais ou profissionais quanto pelo aumento na média etária dos familiares que cuidam dos idosos (Neri, 2010; Neri e Sommerhalder, 2012; Sun, 2014). Devido às mudanças sociodemográficas que vêm ocorrendo no Brasil e no mundo tais como redução nas taxas de fecundidade, novos arranjos familiares e migração de jovens adultos e o aumento em longevidade vêm crescendo a probabilidade da busca de auxílio profissional, e especialmente de que um indivíduo, também idoso, como cônjuge, filhos ou outros familiares, assumam o papel de cuidador (Camarano e Kanso, 2010).

Tal cenário leva à necessidade de se repensar os modelos clássicos de estresse do cuidador à luz dos efeitos do processo de envelhecimento. Assumir o papel de cuidador já sendo idoso ou mesmo envelhecer desempenhando esse papel por longos períodos, expõe o cuidador idoso a uma dupla condição de vulnerabilidade (Bianchi, 2015), advinda dos processos normais ou patológicos que se associam ao envelhecimento, sobrepostos àqueles ocasionados pelo cuidado. Desfechos físicos e psicológicos específicos dessa dupla condição precisam ser compreendidos assim como suas implicações sobre as trajetórias de envelhecimento do cuidador (Bianchi, 2015; Neri, 2010).

Dentre os modelos clássicos sobre o estresse do cuidador, o Modelo do Processo de Estresse de Pearlin et al. (1990) é considerado um modelo útil, preditivo e passível de

considerações específicas dos efeitos do envelhecimento sobre as variáveis e constructos que os compõe. Segundo este modelo, o bem-estar geral do cuidador é precedido e influenciado pela interação entre condições contextuais do cuidador e demandas objetivas e subjetivas do cuidado. Tal configuração gera efeitos sobre processos intrapsíquicos associados ao senso de *self* e seus mecanismos autorregulatórios (Neri e Sommerhalder, 2012; Pearlin et al., 1990). Os desfechos desse processo sobre o bem-estar físico e mental dos cuidadores são mediados pela presença de fatores protetores e/ou utilização de recursos de enfrentamento.

A adição de uma perspectiva gerontológica dos componentes do Modelo de Pearlin e colaboradores (1990) permite vislumbrar especificidades na aplicação do modelo a cuidadores idosos. Implicações de variáveis relativas às diferenças de gênero, às condições de saúde e funcionalidade física e cognitiva do cuidador, ao impacto possivelmente menor do cuidar sobre tarefas associados aos papéis profissionais e à menor vulnerabilidade psicológica dos idosos ao estresse, representada pelo maior repertório comportamental e estratégias de enfrentamento potencialmente mais refinadas na velhice, são exemplos de condições que diferenciam esse grupo etário. Em especial, destacam-se as influências do envelhecimento sobre as tensões secundárias intrapsíquicas. Tais tensões referem-se aos impactos do cuidar sobre os mecanismos de autorregulação do *self* tais como a autoestima, o autoconceito, a autoeficácia e o senso de controle, já tão desafiados pelo próprio processo de envelhecimento pessoal (Bianchi, 2015).

Desse conjunto de variáveis possivelmente afetadas, em Gerontologia, o senso de controle é tomado como uma medida importante de ajustamento e bem-estar psicológico na velhice e que aponta para a atuação efetiva ou não dos processos adaptativos (Hyde, Wiggins, Higgs e Blane, 2003). O senso de controle tem sido entendido como crenças pessoais a respeito do seu poder pessoal sobre resultados e objetivos de vida. Segundo Skaff (2007) tais crenças de controle são fruto de interações entre o indivíduo e seu ambiente e que, embora

guardem especificidades teóricas, têm sido estudadas a partir de construtos como: domínio, controle percebido, agência e autoeficácia. Considerando o contexto do cuidado, o senso de controle de idosos cuidadores pode ser ainda mais afetado e trazer implicações importantes como aumento da percepção de estresse e dificuldades de manter a qualidade do cuidado (Pearlin, Nguyen, Schieman e Milkie, 2007; Rafnsson, Shankar e Steptoe, 2015).

A literatura aponta relações do senso de controle a velhice com condições de fragilidade, condição frequente entre idosos cuidadores (Tomomitsu, Lemos e Perracini, 2010). A condição de saúde frágil do cuidador pode afetar a qualidade do cuidado prestado, aumentando a percepção de estresse do cuidador, assim como influenciar o bem-estar psicológico do mesmo (Sun, 2014) e afetar suas crenças de controle sobre o ambiente (Gale, Cooper, Deary e Aihie Sayer, 2014; Sexton, King-Kallimanis, Layte e Hickey, 2015).

As demandas objetivas do cuidado como declínio funcional e cognitivo do idoso alvo de cuidados, podem aumentar a percepção de sobrecarga do cuidador (Jones et al., 2017; Oldenkamp, Hagedoorn, Wittek, Stolk e Smidt, 2017). Assim, o senso de controle do cuidador pode sofrer influências devido à experiência de sobrecarga objetiva e subjetiva advindas do exercício do cuidado (Skaff, Pearlin e Mullan, 1996; Rafnsson et al., 2015).

Entretanto, fatores protetores, recursos e estratégias de enfrentamento frequentemente utilizadas na velhice como a religiosidade, podem figurar como importante variável ao se tomar uma perspectiva gerontológica no Modelo de Pearlin (IBGE, 2010; Koenig, 2017). Práticas religiosas públicas e privadas tendem a associar-se a diminuição na percepção de estresse e de sobrecarga (Koenig, Nelson, Show, Saxena e Cohen, 2016) e trazer benefícios psicológicos ao cuidador e ser fonte de controle secundário sobre as circunstâncias da vida (Heckhausen, Wrosch e Schulz, 2010). Na literatura psicológica, as evidências de relações entre religiosidade e senso de controle tem permitido a proposição de construtos tais como o “controle mediado por Deus”, para explicar uma experiência associada ao

compartilhar o poder de ação com um ente superior (Krause, 2007). Por meio desse constructo, o indivíduo crê que compartilhar o controle com Deus auxilia na superação de problemas e de situações difíceis e, assim, consegue manter suas atividades de interesse (Krause e Hayward, 2014).

Considerando as especificidades do cuidador idoso, o presente estudo visou testar um modelo de relações entre variáveis explicativas do senso de controle pessoal de idosos que prestam cuidados a outros idosos no contexto domiciliar. Tal modelo foi baseado nas proposições de Pearlin e colaboradores (1990; Pearlin, 2009; Pearlin et al., 2007) e testado a partir do levantamento de dados relativos às condições sociodemográficas e econômicas, à presença de indicadores de fragilidade, às demandas objetivas do cuidado, à percepção de sobrecarga, à religiosidade e ao senso de controle.

A estratégia estatística de *Path Analysis* (Spiro III, 2007) foi adotada para compreender a configuração das relações entre as variáveis do estudo propostas segundo modelo teórico. Segundo Spiro III (2007) esta estratégia demonstra a potencialidade da atuação de variáveis psicológicas enquanto mediadoras de um desfecho, nesse estudo representado pelo senso de controle pessoal, constituindo-se em um método sequencial eficaz de teste da teoria norteadora, também por incluir o efeito de influências distais como variáveis do contexto.

Método

O presente estudo é resultado de análises parciais do banco de dados da pesquisa xxxxxxxx realizada com uma amostra de conveniência de 148 idosos cuidadores de idosos indicados por profissionais de saúde de serviços gerontológicos públicos e privados das cidades de xxxxxx, xxxxxx, xxxxxx. Os critérios de inclusão foram: ter 60 anos ou mais, exercer cuidado a outro idoso dependente no domicílio há no mínimo seis meses, ter algum grau de parentesco com o idoso alvo de cuidados e aceitar a participação. Como critério de exclusão

foi usado o escore abaixo da nota de corte na Escala *Cognitive Abilities Screening Instrument-Short Form* (CASI-S) para verificação de declínio cognitivo: 23 para idosos com até 70 anos e 20 para idosos a partir de 70 anos (Damasceno et al., 2005).

A coleta foi realizada entre 2014 e 2015 e os idosos foram esclarecidos sobre os objetivos, os procedimentos e os aspectos éticos da pesquisa, e convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

Instrumentos

Foram selecionados do protocolo da pesquisa maior as seguintes variáveis e instrumentos:

Variáveis sociodemográficas: gênero, idade, escolaridade, renda e ser cônjuge ou não do idoso alvo de cuidados.

Fragilidade: através do Instrumento de Avaliação de Fragilidade Autorreferida (Nunes, de Oliveira Duarte, Santos e Lebrão, 2015), o idoso cuidador avaliou subjetivamente os critérios estabelecidos por Fried et al. (2001): perda peso de forma não intencional, redução de força, redução da velocidade de caminhada, diminuição de atividades físicas, no último ano e sensação de fadiga ao realizar atividades cotidianas na última semana. Pontuava positivamente o idoso que referiu: perda de mais de 3 kg, redução de força, de velocidade de marcha, de atividades físicas e sensação de fadiga algumas vezes ou na maior parte do tempo. A classificação de fragilidade é realizada em três categorias (Fried et al. 2001), porém neste estudo foram utilizadas duas categorias, “robusto” e “em fragilidade”, de acordo com as respostas da amostra.

Variáveis relativas ao cuidado: *Tempo de cuidado exercido:* obtido através da pergunta aberta: “há quanto tempo é cuidador?”. *Demandas físicas do cuidado:* verificadas através do grau de dependência em sete Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) pela Escala de Lawton e Brody (Brito, Nunes e Yuaso, 2007) e do grau de dependência em seis Atividades

Básicas de Vida Diária (ABVDs) pela Escala de Katz (Lino, Pereira, Camacho, Ribeiro e Buckman, 2008). Construiu-se um indicador de intensidade de ajuda verificado através do número de atividades em que o idoso cuidador era o principal responsável pela ajuda, com escore variando de 0 a 13 tarefas. Sobrecarga percebida: utilizou-se a Escala de Sobrecarga de Zarit (Sczufca, 2002), em que o idoso cuidador avalia sua saúde, bem-estar emocional, relações sociais, vida pessoal e aspectos financeiros após iniciar o cuidado em escala Likert de 4 pontos, com escore total entre 0 e 88 pontos. Para este estudo, os níveis de sobrecarga foram classificados a partir da distribuição da amostra em tercís. Demanda cognitiva do alvo: através da *Clinical Dementia Rating (CDR)* (Montaño e Ramos, 2005), avaliou-se o grau de comprometimento cognitivo do idoso alvo em memória, orientação temporo-especial, julgamento e solução de problemas, e cuidados pessoais. O idoso cuidador refere as dificuldades que o alvo apresenta e o entrevistador classifica o dano cognitivo, de acordo com os parâmetros estabelecidos por Morris (1993), porém neste estudo a demanda cognitiva foi agrupada em três níveis.

Religiosidade: por meio do Índice de Religiosidade de Duke (DUREL) (Taunay et al., 2012) dividido em três dimensões: religiosidade organizacional (RO), ou seja, a frequência em que vai a encontros religiosos; religiosidade não organizacional (RNO), ou seja, a frequência em que pratica atividades religiosas privadas; e religiosidade intrínseca (RI), ou seja, a motivação religiosa para vivenciar a religião no cotidiano. Os dois primeiros itens referentes à RO e a RNO são avaliados de 1 a 6, respectivamente: “mais do que uma vez por semana”, “uma vez por semana”, “duas a três vezes no mês”, “algumas vezes por ano”, “uma vez por ano ou menos”, “nunca”. Já os três últimos itens, referentes a RI, são avaliados de 1 a 5 respectivamente: “totalmente verdade para mim”, “em geral é verdade”, “não estou certo”, “em geral não é verdade”, “não é verdade”. Cada dimensão deve ser analisada separadamente

e neste estudo as pontuações foram divididas em “alta religiosidade” e “baixa religiosidade” considerando os valores da mediana em cada dimensão, após análise estatística.

Senso de Controle: avaliado através do subdomínio “Controle” da Escala CASP-19 (Lima et al., 2014). Tal subdomínio apresenta consistência interna intermediária (α de Cronbach= 0,67) a partir de quatro itens: “Minha idade me impede de fazer as coisas que eu gostaria de fazer”, “Eu sinto que não tenho controle sobre o que acontece comigo”, “Eu me sinto livre para planejar o futuro” e “Eu me sinto deixado de lado”. O idoso cuidador avaliou cada item de 0 a 3, respectivamente: “nada”, “um pouco”, “muito” e “muitíssimo”. No presente estudo a classificação para os níveis de senso de controle foi dividida em tercís.

Análise de dados

Foram realizadas análises estatísticas descritivas relativas à frequência e medidas de posição e dispersão. Para comparação das variáveis categóricas, foram utilizados os testes Qui-Quadrado e Exato de Fisher (Conover, 1999; Fleiss, 1981, Tabachnick e Fidell, 2001). O nível de significância adotado para todos os testes estatísticos foi de 5% ($p < 0.05$).

O teste do modelo teórico proposto foi realizado por meio da análise de equações estruturais via *path analysis*. Construiu-se um modelo com parâmetros fixos e livres a serem estimados, considerando a adequação dos coeficientes de caminhos frente ao modelo teórico proposto (Anderson e Gerbing, 1988; Hatcher, 1994). Usaram-se as seguintes medidas de ajuste e os valores aceitáveis para cada: Teste Qui-Quadrado ($\chi^2 > 0.05$), Razão Qui-Quadrado ($\chi^2/GL < 2$), Goodness of Fit Index ($GFI \geq 0.85$), GFI Adjusted for Degrees of Freedom ($AGFI \geq 0.80$), Standardized Root Mean Square Residual ($SRMR \leq 0.10$), Root Mean Square Error of Approximation ($RMSEA \leq 0.08$), Bentler’s Comparative Fit Index ($CFI \geq 0.90$) e Bentler’s & Bonett’s Non-normed Index ($NNFI \geq 0.90$).

Para análise da qualidade dos ajustes foram feitos testes de significância para os coeficientes dos caminhos, considerando valores de $t > 1.96$, o Teste de Wald para possíveis

modificações nos caminhos do modelo inicial e aumento da estatística Qui-Quadrado e o Teste de Multiplicadores de Lagrange para verificar a necessidade de criar outros caminhos não considerados no modelo inicial e se há redução ou melhora na estatística Qui-Quadrado (Hatcher, 1994).

Para toda análise estatística dos dados foi utilizada a versão 9.2 do software SAS (*Statistical Analysis System*) para Windows.

Resultados

A amostra de cuidadores da pesquisa foi composta, em sua maioria, por mulheres (77%) e por indivíduos com idade média de 70 anos ($\pm 7,1$), variando entre 60 e 86 anos. A escolaridade média foi de 5,7 anos ($\pm 4,3$), porém 51% da amostra apresentou de 1 a 4 anos de escolaridade formal. A renda média foi de quatro salários mínimos ($\pm 3,6$), com 51,5% da amostra com renda de 0 a 3 salários mínimos. Já 62% da amostra é cônjuge do idoso alvo de cuidados (ver Tabela 1).

Tabela 1 – Idosos cuidadores segundo variáveis sociodemográficas, presença de fragilidade, variáveis relativas ao exercício do cuidado, religiosidade e senso de controle (n=148). Campinas, SP, Brasil, 2017

	N(%)	M (DP)	Min-Max
Gênero			
Masculino	34 (22,97)		
Feminino	114 (77,03)		
Idade		69,73 (7,07)	60-86
60-64 anos	43 (29,05)		
65-69 anos	33 (22,30)		
≥ 70 anos	72 (48,65)		
Escolaridade*		5,61 (4,25)	0-19
0 anos	13 (8,97)		
1-4 anos	74 (51,03)		
5-8 anos	33 (22,76)		
≥ 9 anos	25 (17,24)		
Renda **		4,01 (3,59)	1-27,62
0-3 salários mínimos	71 (51,45)		
3.1-5 salários mínimos	41 (29,71)		
≥ 5.1 salários mínimos	26 (18,84)		

Continua

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e descrição da amostra de idosos cuidadores em relação à fragilidade, variáveis relativas ao exercício do cuidado, religiosidade e senso de controle (n=148). Campinas, SP, Brasil, 2017

Continuação

	N(%)	M (DP)	Min-Max
Grau de parentesco			
Cônjuge	92 (62,16)		
Não-cônjuge	56 (37,84)		
Fragilidade			
Robusto	28 (18,92)		
Em fragilidade	120 (81,08)		
Tempo de cuidado exercido***		4,56 (4,09)	0,5-20
<2 anos	41 (28,47)		
2-4,9 anos	52 (36,11)		
≥5 anos	51 (35,42)		
Demandas físicas do cuidado		9,03 (3,79)	0-13
0-6 tarefas auxiliando	38 (25,68)		
7-12 tarefas auxiliando	61 (41,22)		
13 tarefas auxiliando	49 (33,11)		
Sobrecarga percebida		26,14 (13,51)	3,0-80
0-19 pontos (baixa)	50 (33,78)		
20-27 pontos (moderada)	48 (32,43)		
≥28 pontos (alta)	50 (33,78)		
Demanda cognitiva do alvo		1,42 (1,21)	0,5-3
0-0,5 (normal e questionável)	66 (44,59)		
1-2 (leve e moderada)	36 (24,32)		
3 (grave)	46 (31,08)		
Religiosidade Organizacional (RO)		3,61 (1,89)	1,0-6
1-3 pontos (alta)	81 (54,73)		
4-6 pontos (baixa)	67 (45,27)		
Religiosidade Não-Organizacional (RNO)		1,40 (1,19)	1,0-6
1 ponto (alta)	126 (85,14)		
2-6 pontos (baixa)	22 (14,86)		
Religiosidade Intrínseca (RI)		4,36 (2,08)	3,0-15
3 pontos (alta)	72 (48,65)		
4-15 pontos (baixa)	76 (51,35)		
Senso de Controle		8,93 (2,53)	1,0-12
≤8 pontos (baixo)	55 (37,16)		
9-10 pontos (médio)	47 (31,76)		
11-12 pontos (alto)	46 (31,08)		

*Frequent missing=3; **frequent missing =10; ***frequent missing=4

Cerca de 80% da amostra apresentou indicadores de fragilidade, exercendo cuidado a outro idoso há 4,6 anos em média ($\pm 4,1$). Em média a amostra auxilia o idoso alvo de cuidados em nove tarefas ($\pm 3,8$), considerando ABVDs e AIVDs, e apresenta sobrecarga

moderada ($26,1 \pm 13,6$ pontos). No que se refere à demanda cognitiva do alvo de cuidados, a média encontrada foi de 1,42 pontos ($\pm 1,21$), ou seja, dano leve-moderado (Ver Tabela 1).

Subdomínios ou dimensões da variável religiosidade foram indicados pelas pontuações médias em religiosidade organizacional (RO; 3,6 pontos $\pm 1,9$), de religiosidade não organizacional (RNO, 1,4 pontos $\pm 1,2$), e a média de religiosidade intrínseca (RI) foi de 4,4 pontos ($\pm 2,1$). As três dimensões (RO, RNO e RI) foram classificadas em alta e baixa de acordo com o valor das medianas, respectivamente: 3, 1 e 4. Já com relação ao senso de controle, a tabela 1 mostra que a população apresentou média de nove pontos ($\pm 2,5$), ou seja, senso de controle médio.

Após comparações estatísticas entre as variáveis independentes e dependentes, verificou-se associação significativa entre sobrecarga e senso de controle, e religiosidade organizacional e senso de controle, como demonstrado na Tabela 2. No primeiro caso, foi encontrado que 56,5% da amostra com alto senso de controle teve maior frequência de baixa sobrecarga percebida, 40,4% da amostra com médio senso de controle referiu moderada sobrecarga percebida e, finalmente, 52,8% da amostra com baixo senso de controle apresentou maior frequência de alta sobrecarga percebida. A maior parte dos idosos cuidadores com alto senso de controle teve maior frequência de alta religiosidade organizacional diferentemente daqueles com níveis médio e baixo em senso de controle, os quais tiveram baixa religiosidade organizacional.

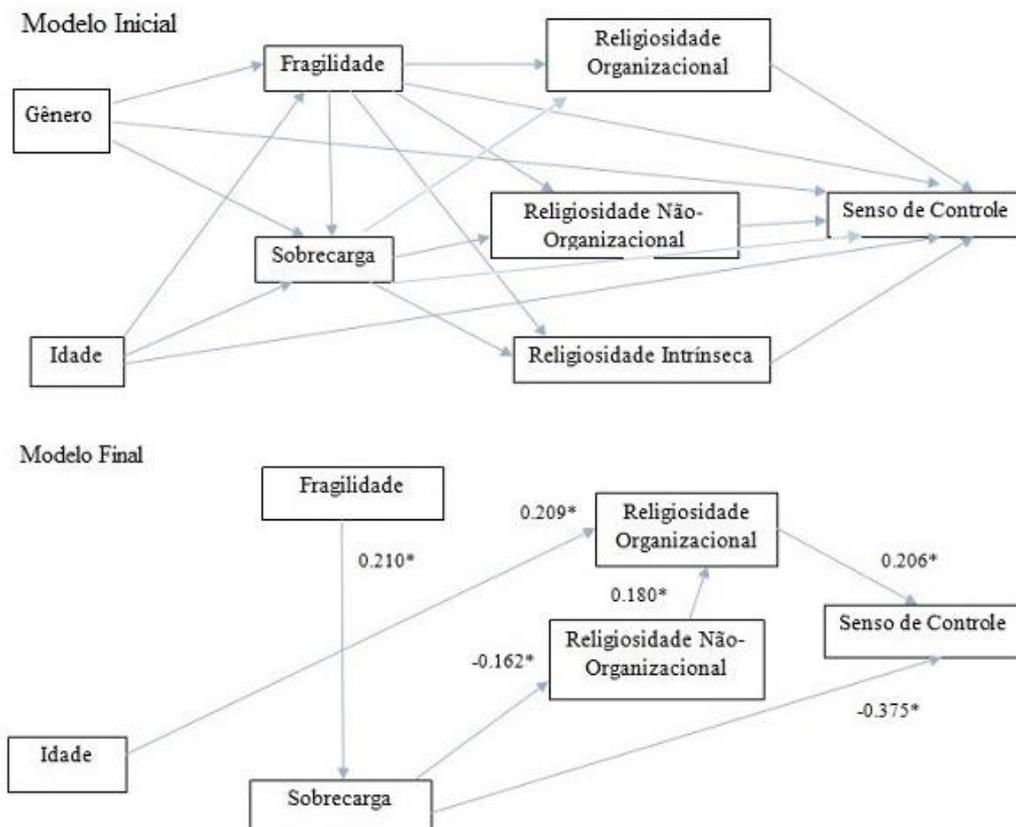
Tabela 2 – Resultados significativos após comparação das variáveis categóricas de interesse entre níveis de senso de controle (n=148). Campinas, SP, Brasil, 2017

Sobrecarga	Senso de controle			Total
	≤8 pontos (baixo)	9-10 pontos (médio)	11-12 pontos (alto)	
Níveis				
0-19 pontos (baixa)	10 (18,18)	14 (29,79)	26 (56,52)*	50
20-27 pontos (moderada)	16 (29,09)	19 (40,43)*	13 (28,26)	48
≥28 pontos (alta)	29 (52,73)*	14 (29,79)	7 (15,22)	50
				148
Religiosidade Organizacional				
Níveis				
1-3 pontos (alta)	27 (49,09)	19 (40,43)	35 (76,09)*	81
4-6 pontos (baixa)	28 (50,91)*	28 (59,57)*	11 (23,91)	67
Total	55	47	46	148

*p<0.001; **p=0.002

Embasando-se no modelo teórico de Pearlin et al. (1990) construiu-se um Modelo Inicial de *Path Analysis* (Figura 1) levando em conta as influências diretas e indiretas das variáveis independentes (gênero, idade, fragilidade, sobrecarga, religiosidade organizacional, religiosidade não organizacional e religiosidade intrínseca) sobre a variável dependente (senso de controle). A Figura 1 mostra os caminhos testados no Modelo Inicial e os caminhos estatisticamente significativos que permaneceram no Modelo Final.

Figura 1 - Modelos inicial e final testados pela *Path Analysis*. Campinas, SP, Brasil, 2017



Após primeira testagem do modelo, verificaram-se as medidas de adequação do ajuste estatístico, sendo que três medidas apresentaram valores aceitáveis para adequação, a saber: GFI, AGFI e SRMR (0,96, 0,84 e 0,07, respectivamente). Após revisão, exclusão de 14 caminhos e inclusão de dois caminhos, todas as medidas apresentaram valores aceitáveis para adequação do ajuste, a saber: χ^2 (0,45), $\chi^2/$ GL (0,98), GFI (0,98), AGFI (0,95), SRMR (0,04), RMSEA (0,0), CFI (1,0) e NNFI (<1,0), assim como redução significativa da medida Qui-Quadrado.

A tabela 3 demonstra a estimação dos coeficientes padronizados da *path analysis* no modelo inicial e no modelo final. No modelo inicial, realizou-se o Teste de Wald, com a retirada de 14 caminhos sem valores *Beta* significativos, e, com a realização do Teste de Multiplicadores de Lagrange, foram incluídos dois caminhos (ver tabela 3). Após única revisão e modificação da análise de caminhos, não houve mais indicação de exclusão ou inclusão de caminhos significativos.

Tabela 3 – Estimação dos coeficientes padronizados da *path analysis* do modelo inicial e final. Campinas, SP, Brasil, 2017

Análise de caminhos Modelo Inicial								
Caminho de/para	Beta	Valor de t*	Caminho de/para	Beta	Valor de t*	Caminho de/para	Beta	Valor de t*
RO/SensoC	0.186	2.55	Fragili/RO	0.052	0.61	Gênero/Fragili	0.042	-0.49
RNO/SensoC	-0.025	-0.33	Sobrecarg/RO	-0.027	-0.32	Idade/Fragili	0.081	-0.97
RI/SensoC	0.001	0.01	Fragili/RNO	0.078	0.94	Fragili/Sobrecarg	0.219	2.72
Fragili/SensoC	-0.111	-1.47	Sobrecarg/RNO	-0.178	-2.15	Gênero/Sobrecarg	0.080	0.98
Sobrecarg/SensoC	-0.356	-4.63	Fragili/RI	0.015	0.18	Idade/Sobrecarg	0.051	0.61
Gênero/SensoC	-0.123	-1.64	Sobrecarg/RI	-0.135	-1.61			
Idade/SensoC	0.140	1.87						
Análise de caminhos Modelo Final								
Caminho de/para	Beta	Valor de t**	Caminho de/para	Beta	Valor de t**	Caminho de/para	Beta	Valor de t**
RO/SensoC	0.206	2.77	RNO/RO***	0.180	2.28	Fragili/Sobrecarg	0.210	2.60
Sobrecarg/SensoC	-0.375	-5.05	Idade/RO***	0.209	2.63			
			Sobrecarg/RNO	-0.162	-1.98			

*Valores de $|t| > 1.96$ são considerados significativos para $P < 0.05$. R^2 para SensoC: 0.2188; R^2 para RO: 0.0028; R^2 para RNO: 0.0320; R^2 para RI: 0.0175; R^2 para Fragili: 0.0098; R^2 para Sobrecarg: 0.0547. Resíduos (*residual terms*) E(SensoC): 0.844; E(RO): 0.999; E(RNO): 0.984; E(RI): 0.991; E(Fragili): 0.995; E(Sobrecarg): 0.972. **Valores de $|t| > 1.96$ são considerados significativos para $P < 0.05$. R^2 para SensoC: 0.1884; R^2 para RO: 0.0764; R^2 para RNO: 0.0262; R^2 para Sobrecarg: 0.0440. Resíduos (*residual terms*) E(SensoC): 0.901; E(RO): 0.961; E(RNO): 0.987; E(Sobrecarg): 0.978. ***Caminhos incluídos após Teste de Multiplicadores de Lagrange.

Como visto na tabela 3 e na parte inferior da figura 1, o modelo final da *Path Analysis* revelou caminhos diretos entre religiosidade organizacional (RO) e senso de controle, assim como entre sobrecarga e senso de controle. Dentre outros caminhos diretos, porém não ligados ao senso de controle, destacam-se: as relações entre idade e RO e as relações entre fragilidade e sobrecarga. Dentre os caminhos indiretos pôde-se verificar: relações entre idade, RO e senso de controle; relações entre fragilidade, sobrecarga e senso de controle; e, finalmente, fragilidade, sobrecarga, RNO, RO e senso de controle. O modelo final proposto estava ajustado aos dados e explicou 18,84% da variabilidade no senso de controle (R^2), 7,64% da variabilidade na RO, 2,62% da variabilidade na RNO e 4,4% da variabilidade na sobrecarga.

Discussão

A amostra da presente pesquisa evidencia que idosos assumem o papel de cuidadores de outros idosos em contextos, condições de saúde e sobrecarga diversas, porém com predomínio de indicadores de vulnerabilidade física e na presença de fatores protetores.

Em sua maioria composta por mulheres, perfil tradicional ligado à prestação de cuidados (Swinkels, Tilburg, Verbakel e Broese van Groenou, 2017), a amostra aponta a realidade de uma porcentagem de homens idosos sendo cuidados, em geral cônjuges, o que, devido a influências de coorte, pode significar menor investimento no cuidado da própria saúde e a necessidade de ajuda proveniente de uma rede de suporte social que tende a ser menor e centrada na parceira (Dassel e Carr, 2016; Jones et al., 2017; Neri, 2010; Oldenkamp et al., 2017).

A alta porcentagem da amostra em processo de fragilização aponta para riscos de agravos em saúde geral. Tal dado junto à tarefa de cuidar de idosos com comprometimentos cognitivos leves e moderados e ao auxílio em alto número de tarefas básicas e instrumentais

de vida diária, pode afetar a percepção de sobrecarga (Jones et al., 2017; Sun, 2014), a qual foi referida como moderada pela amostra.

Os altos indicadores de religiosidade organizacional (RO) e de religiosidade não organizacional (RNO) encontrados neste estudo ratificam a importância da prática religiosa, seja pública ou privada, enquanto fonte de suporte social, de significado e propósito, frente às exigências do cuidado, possivelmente diminuindo sentimentos de isolamento (Koenig et al., 2016; Koenig, 2012). Além disso, verifica-se que existe não somente uma especificidade da coorte idosa, como na socialização no Brasil, uma vez que as religiões são altamente difundidas entre os idosos brasileiros (IBGE, 2010).

Considerando o embasamento teórico do Modelo do Processo de Estresse de Pearlin et al. (1990), o presente estudo propôs a construção de um modelo de análise de caminhos (*path analysis*) para verificar a atuação das variáveis independentes selecionadas (gênero, idade, fragilidade, sobrecarga e religiosidade) sobre a variável dependente, senso de controle.

Os caminhos diretos encontrados pelo modelo entre sobrecarga e senso de controle, e religiosidade organizacional e senso de controle, confirmam as associações bivariadas significativas encontradas.

Uma vez que a percepção de sobrecarga aumenta devido às demandas do cuidado e aos recursos físicos e psicológicos que o idoso cuidador tem disponível (Pearlin et al., 1990; Swinkels et al., 2017), as crenças de controle do idoso cuidador sobre situações importantes da vida podem ficar abaladas, assim como seu bem-estar psicológico.

As associações entre religiosidade organizacional e senso de controle já foram previstas pela literatura e tenderam a se repetir no contexto do cuidado. Os estudos de Krause e Hayward (2014) e de Krause (2010; 2014), apontaram que a maior frequência em atividades religiosas públicas, como ir à igreja, associa-se a construção de um senso de controle mediado

por Deus, através do qual o idoso compartilha o controle com Deus aumentando níveis de interesse em atividades como o cuidar, bem-estar (Krause e Hayward, 2014) e otimismo (Krause, 2010).

O modelo apresentado neste estudo sustenta a hipótese de que idade relaciona-se com religiosidade organizacional, como já descrito na literatura, mesmo no contexto do cuidado ofertado por idosos a outros idosos (Koenig et al., 2016). Dessa forma, pode-se pensar que os idosos mais jovens dessa amostra podem ter menos incapacidades físicas causadas pela fragilidade ou outras doenças e conseguem se deslocar para locais de encontros religiosos. Embora tenha havido pouca variabilidade na variável idade, o modelo sustenta que o aumento desta não necessariamente relaciona-se ao menor senso de controle, via religiosidade organizacional.

Levando em conta os caminhos indiretos encontrados no modelo de *path analysis* verifica-se a existência, nesta amostra, de uma relação significativa entre fragilidade, sobrecarga e senso de controle. A associação encontrada entre fragilidade e sobrecarga demonstra que a presença de fragilidade no idoso cuidador pode levar a um aumento na sobrecarga, possivelmente porque o idoso percebe que seus recursos físicos não estão plenamente suficientes para lidar com as demandas do cuidado e, desse modo, avalia a situação do cuidado como mais estressante, causando maior percepção sobrecarga, assim como verificado nos estudos de Sun (2014) e de Tomomitsu et al. (2010). De acordo com o modelo final, a maior percepção de sobrecarga faz com que haja uma diminuição no senso de controle, ou seja, as crenças de controle do idoso cuidador podem se alterar devido à exposição e avaliação subjetiva dos estressores crônicos referentes ao cuidado. Verifica-se, portanto, que as condições de saúde, aqui avaliadas por indicadores de fragilidade, podem se associar ao senso de controle por meio da sobrecarga percebida, confirmando outra hipótese

do presente estudo, a saber: fragilidade pode influenciar crenças de controle de idosos cuidadores.

Outro importante caminho indireto encontrado demonstrou relações entre fragilidade, sobrecarga, religiosidade não organizacional, religiosidade organizacional e senso de controle. A ação da fragilidade sobre a sobrecarga foi explorada acima. No que tange a sobrecarga e a religiosidade não organizacional, podemos inferir que quando o idoso cuidador tem maior percepção de sobrecarga devido ao cuidado prestado, possivelmente tem dificuldade de manejar suas tarefas e de manter sua prática privada de religiosidade, aumentando, assim, a prática pública da religiosidade, analisada aqui por meio da religiosidade organizacional. Podemos pensar ainda que esta amostra pode contar com mais ajuda de outros familiares ou de apoio formal, de modo que consegue manter suas práticas religiosas públicas.

A hipótese de que a religiosidade pode atuar sobre o senso de controle foi confirmada através do caminho encontrado entre religiosidade organizacional e senso de controle, em que a religiosidade organizacional pode ser um fator protetor do *Self*. Podemos cogitar que, por meio da prática pública da religião, o idoso cuidador pode vivenciar o fenômeno do “controle mediado por Deus”, descrito por Krause (2007), ou seja, a crença de que compartilha o controle de situações difíceis com Deus. Por meio de tal crença, o idoso cuidador sente que pode superar circunstâncias estressantes atuais em sua vida, dentre elas o cuidado a outro idoso (Krause e Hayward, 2014), fomentando seu senso de controle sobre as situações e, deste modo, mantendo bem-estar psicológico. A rede de apoio social encontrada nas instituições religiosas também impulsiona maior senso de controle mediado por Deus (Krause, 2007) e pode oferecer a possibilidade de lidar melhor com as dificuldades do cuidado a outro idoso (Krause e Hayward, 2014), assim como fomentar senso de significado,

propósito e mais aceitação dos momentos de dificuldade que os desafios do cuidado a outro idoso podem acarretar (Koenig, 2012).

Esses dados elucidam uma nova perspectiva do cuidado exercido por idosos, sendo que os efeitos das condições de saúde nas crenças de controle são notáveis, e demonstram a possibilidade da religiosidade organizacional atuar como fator protetor do *Self*, auxiliando, portanto, na manutenção de bem-estar psicológico do idoso cuidador.

Os achados do presente estudo implicam na necessidade de ações e intervenções de diversos setores da sociedade diante dos idosos cuidadores em condição de fragilidade, levando em conta as especificidades próprias do envelhecer e ofertando uma rede de apoio efetiva e eficiente para os idosos cuidadores. Dentre as intervenções destacamos: informar claramente sobre adaptações para lidar com declínios na própria funcionalidade e como ofertar cuidado a outro idoso nessas condições, assim como verificar disponibilidade de outros familiares ou cuidadores com maior vigor físico, de forma a prevenir sentimentos e percepções de sobrecarga, assim como evitar a diminuição de crenças de controle sobre as circunstâncias da vida.

Considerando os indicadores de religiosidade encontrados no presente estudo, bem como a difusão das religiões no Brasil, parece importante ainda valorizar a participação religiosa ou de natureza associada, uma vez que demonstra ser um recurso pessoal que auxilia na manutenção do bem-estar psicológico de idosos cuidadores.

Conclusões

Ao propor a construção de um modelo de *path analysis* baseado no Modelo de Pearlman e colaboradores (1990), o presente estudo lança luz à possibilidade de nova compreensão da atuação de variáveis que costumam ser estudadas separadamente na literatura gerontológica dentre a população de idosos cuidadores. Encontrou-se que o senso de controle mantém relações diretas com a sobrecarga percebida e a religiosidade organizacional, e

relações indiretas com fragilidade e idade, nesta amostra de idosos cuidadores, demonstrando a existência de mecanismos psicológicos individuais para manter o senso de controle, mesmo diante das vulnerabilidades físicas e dos desafios vivenciados no cuidado a outro idoso.

Dentre as limitações desta pesquisa o fato da amostra ser de conveniência faz com que os dados encontrados possam não ser representativos da população geral de idosos cuidadores, nem generalizáveis. O estudo também traz a limitação de desenho, pois se trata de um recorte transversal, o qual impede verificação das relações causais entre as variáveis independentes e a variável dependente, ao longo do tempo.

Futuros estudos deverão tentar compreender mais profundamente a forma como se estabelece a relação entre senso de controle, variáveis relativas ao cuidado e variáveis individuais de saúde e de recursos psicológicos do cuidador, assim como entender tal relação longitudinalmente, em vários momentos da vida do idoso cuidador.

Referências Bibliográficas

- Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin*, 103(3), 411-423. doi: 10.1037/0033-2909.103.3.411
- Bianchi, M. (2015). *Indicadores de sobrecarga, estratégias de enfrentamento e sintomas depressivos em idosos que cuidam de outros idosos* (Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas). Recuperado de <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/313052>
- Brito, F. C., Nunes, M., & Yuaso, D. R. (2007). *Multidimensionalidade em Gerontologia II: Instrumentos de Avaliação*. In: M. P. Netto (Org.), *Tratado de Gerontologia* (pp. 133-148). São Paulo: Atheneu.
- Camarano, A. A., & Kanso, S. (2010). *Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADs*.

- In: A. A. Camarano (Org.), *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* (pp. 93-122). Rio de Janeiro: IPEA.
- Conover, W. J. (1999). *Practical Nonparametric Statistics*. New York: John Wiley & Sons.
- Damasceno, A., Delicio, A. M., Mazo, D. F., Zullo, J. F., Scherer, P., Ng, R. T., & Damasceno, B. P. (2005). Validation of the Brazilian version of mini-test CASI-S. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, *63*(2B), 416-421. doi: 10.1590/S0004-282X2005000300010
- Dassel, K. B., Carr, D. C. (2016). Does dementia caregiving accelerate frailty? Findings from the health and retirement study. *Gerontologist*, *56*(3), 444-450. Doi: 10.1093/geront/gnu078
- De Oliveira, G. R., Neto, J. F., de Camargo, S. M., Lucchetti, A. L. G., Espinha, D. C. M., Lucchetti, G. (2015). Caregiving across the life-span: comparing caregiver burden, mental health, and quality of life. *Psychogeriatrics*, *15*, 123-132. Doi: 10.1111/psyg.12087
- Fleiss, J. L. (1981). *Statistical Methods for Rates and Proportions*. New York: John Wiley & Sons.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., ... & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, *56*(3), M146-M157. doi: 10.1093/gerona/56.3.M146
- Gale, C. R., Cooper, C., Deary, I. J., Aihie Sayer, A. (2014). Psychological well-being and incident frailty in men and women: The English Logitudinal Study of Ageing. *Psychological Medicine*, *44*(4), 697-706. Doi: 10.1017/S0033291713001384
- Hatcher, L. (1994). *A step-by-step approach to using the SAS System for factor analysis and structural equation modeling*. Cary, NC: SAS Institute Inc., 588p.
- Heckhausen, J., Wrosch, C., & Schulz, R. (2010). A motivational theory of life-span development. *Psychol Rev*, *117*(1), 32-60. doi: 10.1037/a0017668

- Hyde, M., Wiggins, R. D., Higgs, P., & Blane, D. B. (2003). A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Aging & mental health*, 7(3), 186-194. doi: 10.1080/1360786031000101157
- IBGE (2010). Censo Demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Recuperado de: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia_tab_xls.shtm
- Jones, A. J., Kuijer, R. G., Livingston, L., Myall, D., Horne, K., MacAskill, M., ... & Dalrymple-Alford, J. C. (2017). Caregiver burden is increased in Parkinson's disease with mild cognitive impairment (PD-MCI). *Translational Neurodegeneration*, 6(17), 1-9. doi: 10.1186/s40035-017-0085-5
- Koenig, H. G. (2017). *Religion and spirituality in gerontology*. In: M. Balboni & J. Peteet (Org.), *Spirituality and religion within the culture of medicine: from evidence to practice* (pp. 109-127). New York: Oxford University Press.
- Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN psychiatry*, 2012. doi: 10.5402/2012/278730
- Koenig, H. G., Nelson, B., Show, S. F., Saxena, S., Cohen, H. J. (2016). Religious involvement and adaptation in female caregivers. *JAGS*, 64(3), 578-583. Doi: 10.1111/jgs.13929
- Krause, N. & Hayward, R. D. (2014). God-mediated control and optimism: exploring variations by denominational affiliation. *Rev Relig Res*, 56(2), 275-290. doi: 10.1007/s13644-013-0133-2
- Krause, N. & Hayward, R. D. (2014). Religion, finding interests in life, and change in self-esteem during late life. *Research on Aging*, 36(3), 364-381. doi: 10.1177/0164027513496437

- Krause, N. (2010) God-mediated control and change in self-rated health. *Int J Psychol Relig*, 20(4), 267-287. doi: 10.1080/10508619.2010.507695
- Krause, N. (2007). Social involvement in religious institutions and God-mediated control beliefs: a longitudinal investigation. *J Sci Study Relig*, 46(4), 519-537. doi: 10.1111/j.1468-5906.2007.00375.x
- Lima, F. M., Hyde, M., Chungkham, H. S., Correia, C., Campos, A. S., Campos, M., ... & Petribu, K. (2014). Quality of life amongst older brazilians: A cross-cultural validation of the CASP-19 into brazilian-portuguese. *PloS one*, 9(4), e94289. doi: 10.1371/journal.pone.0094289
- Lino, V. T. S., Pereira, S. R. M., Camacho, L. A. B., Ribeiro Filho, S. T., & Buksman, S. (2008). Adaptação transcultural da escala de independência em atividades de vida diária (Escala de Katz). *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 103-112. doi: 10.1590/S0102-311X2008000100010
- Montaño, M. B. M. M., & Ramos, L. R. (2005). Validade da versão em português da clinical dementia rating. *Revista de Saúde Pública*, 39(6), 912-917. doi: 10.1590/S0034-89102005000600007
- Morris, J. The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. (1993). *Neurology*, 43(11), 2412-2414.
- Neri, A. L., & Sommerhalder, C. (2012). *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* (pp. 11-68). Campinas: Alínea.
- Neri, A. L. (2010). *Desafios ao bem-estar físico e psicológico enfrentados por idosos cuidadores no contexto da família: dados do Fibra Campinas*. In A. A. Camarano (Org.). *Cuidados de Longa Duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* (pp. 303-336). Rio de Janeiro: IPEA.

- Nunes, D. P., de Oliveira Duarte, Y. A., Santos, J. L. F., & Lebrão, M. L. (2015). Rastreamento de fragilidade em idosos por instrumento autorreferido. *Revista de Saúde Pública, 49*, 1-9. doi: 10.1590/S0034-8910.2015049005516
- Oldenkamp, M., Hagedoorn, M., Wittek, R., Stolk, R., Smidt, N. (2017). The impact of older person's frailty on the care-related quality of life of their informal caregiver over time: results from the TOPIC-MDS project. *Qual Lif Res.* doi: 10.1007/s11136-017-1606-5
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist, 30*(5), 583-591. Doi: 10.1093/geront/30.5.583
- Pearlin, L. I., Nguyen, K. B., Schieman, S., Milkie, M. A. (2007). The life-course origins of mastery among older people. *J Health Soc Behav, 48*, 164-79. Doi: 10.1177/002214650704800205
- Pearlin, L. I. (2009). The life course and the stress process: some conceptual comparisons. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci, 65B*(2), 207-215. Doi: 10.1093/geronb/gbp106
- Rafnsson, S. B., Shankar, A., Steptoe, A. (2015). Informal caregiving transitions, subjective well-being and depressed mood: findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Aging & Mental Health, 0*(0), 1-9. Doi: 10.1080/13607863.2015.1088510
- Scazufca, M. (2002). 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, 24*(1), 12-17. doi: 10.1590/S1516-44462002000100006
- Sexton, E., King-Kallimaris, B. L., Layte, R., Hickey, A. (2015). CASP-19 special section: how does chronic disease status affect CASP quality of life at older ages? Examining the WHO ICF disability domains as mediators of this relationship. *Aging & Mental Health, 19*(7), 622-633. Doi: 10.1080/13607863.2014.955457

- Skaff, M. M. (2007). *Sense of control and health: a dynamics duo in the aging process*. In C. M. Aldwin, C. M. Park & A. Spiro III (Orgs.), *Handbook of health psychology and aging* (pp 186-209). New York: The Guilford Press.
- Skaff, M. M., Pearlin, L. I., Mullan, J. T. (1996) Transitions in the caregiving career: effects on sense of mastery. *Psychology and Aging, 11*(2): 247-257. Doi: 10.1037/0882-7974.11.2.247
- Spiro III, A. (2007). *The relevance of a lifespan developmental approach to health*. In C. M. Aldwin, C. M. Park & A. Spiro III (Orgs.), *Handbook of health psychology and aging* (pp 75-93). New York: The Guilford Press.
- Sun, F. (2014) Caregiving stress and coping: a thematic analysis of chinese Family caregivers of persons with dementia. *Dementia, 16*(6), 803-818. Doi: 10.1177/1471301213485593
- Swinkels, J., Tilburg, T. V., Verbakel, E., & Broese van Groenou, M. (2017). Explaining the Gender Gap in the Caregiving Burden of Partner Caregivers. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. doi: 10.1093/geronb/gbx036
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics*. Boston: Allyn and Bacon.
- Taunay, T. C. D., Gondim, F. D. A. A., Macêdo, D. S., Moreira-Almeida, A., Gurgel, L. D. A., Andrade, L. M. S., & Carvalho, A. F. (2012). Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). *Rev Psiq Clín, 39*(4), 130-5. doi: 10.1590/S0101-60832012000400003
- Tomomitsu, M. R. S. V., Lemos, N. D., Perracini, M. R. (2010). Prevalência e fatores associados à fragilidade em cuidadores idosos. *Geriatrics & Gerontologia, 4*(1), 3-12.

5. DISCUSSÃO GERAL

A busca e a construção de um modelo explicativo para o senso de controle mostrou-se necessária devido às mudanças sociodemográficas que vem ocorrendo nos países

em desenvolvimento, como o Brasil, em que idosos estão assumindo cada vez mais o cuidado de outros idosos. Os resultados encontrados após a testagem do modelo revelaram a importância de se considerar determinadas variáveis que sofrem uma influência da coorte idosa, como idade, condições de saúde, percepção de sobrecarga e indicadores de religiosidade, e permitiram verificar que o senso de controle é uma tensão secundária intrapsíquica sensível às variáveis acima descritas.

Encontrou-se, por meio da *path analysis*, relações diretas entre as variáveis. Destaca-se a associação entre sobrecarga e senso de controle, em que o aumento da percepção de sobrecarga atua na diminuição do senso de controle. Este dado é inédito à literatura gerontológica, uma vez que geralmente são encontradas relações entre as tarefas assumidas pelo cuidador e o senso de controle^{16,25} e não a relação entre sobrecarga percebida, medida pela Escala de Zarit, e o senso de controle.

Deve-se destacar ainda que a frequência da prática pública de religiosidade aumenta o senso de controle, corroborando o conceito de “controle mediado por Deus”⁷⁶. Nesse sentido, a religiosidade organizacional parece auxiliar no senso de controle por meio de um compartilhamento do controle com Deus, em que o cuidador idoso consegue manter-se no papel de cuidador sem prejuízos ao seu bem-estar psicológico.

Ademais, o modelo explicativo encontrou importantes caminhos indiretos através dos quais as variáveis independentes atuam sobre o senso de controle. Dentre eles estão: idade, religiosidade organizacional e senso de controle; fragilidade, sobrecarga e senso de controle; e, finalmente, fragilidade, sobrecarga, religiosidade não organizacional, religiosidade organizacional e senso de controle.

Nesta amostra verificou-se relação existente entre idade, religiosidade organizacional e senso de controle, mostrando que a idade dos idosos cuidadores influencia sua frequência em encontros religiosos, o que pode aumentar o senso de controle. Este é um dado importante para a Gerontologia, pois os indivíduos desta amostra, mesmo velhos e desempenhando o papel de cuidadores, conseguem continuar frequentando as instituições religiosas de sua preferência. Como discutido anteriormente, as crenças religiosas compartilhadas entre os pares podem favorecer o “controle mediado por Deus”⁷⁶, fazendo com que o idoso sinta que, apesar das demandas que o cuidado a um idoso dependente acarreta, há possibilidade de superação de dificuldades e manutenção das crenças de controle.

Além disso, os achados apoiam a literatura sobre a religiosidade organizacional, a qual explora alguns dos benefícios psicológicos trazidos pela prática da religiosidade, como suporte social e senso de significado e propósito frente às dificuldades^{47,49,52}.

Diferentemente do usual avaliado pela literatura, em que a sobrecarga afeta a saúde física do cuidador^{35,40,43}, neste estudo o modelo proposto testou se haveria uma associação significativa entre fragilidade e sobrecarga que pudesse afetar o senso de controle. Verificamos que esta hipótese foi confirmada através de um caminho indireto demonstrado na *path analysis*, o qual diz respeito à relação encontrada entre fragilidade, sobrecarga e senso de controle. Aqueles idosos que estavam em processo de fragilização apresentaram maior sobrecarga e menor senso de controle, ou seja, a diminuição nos atributos físicos do cuidador pode fazer com que este perceba as exigências do cuidado como mais exaustivas e com que se sinta mais sobrecarregado. Assim, a maior percepção de sobrecarga diminui as crenças de controle. Este dado é de extrema relevância para a Gerontologia, uma vez que, através do modelo explicativo construído neste estudo, pôde-se verificar que as condições de saúde do idoso cuidador, avaliadas por indicadores de fragilidade autorreferida, atuam indiretamente no senso de controle via sobrecarga.

Finalmente, o modelo mostrou empiricamente a existência de outro caminho indireto entre as seguintes variáveis: fragilidade, sobrecarga, religiosidade não organizacional, religiosidade organizacional e senso de controle. Como supracitado, nesta amostra a presença de indicadores de fragilidade fazem aumentar a percepção de sobrecarga. Dentre os idosos cuidadores que são frágeis e se sentem sobrecarregados pelas exigências do cuidado a outro idoso dependente, parece haver uma dificuldade em conservar os hábitos privados de religiosidade, porém conseguem preservar os hábitos públicos religiosos, como frequentar igrejas ou templos, de modo que haja poucas alterações no senso de controle desses cuidadores.

Este achado demonstra a relevância da religiosidade organizacional no modelo explicativo do senso de controle, visto que aquela pode ser vista como fonte de apoio⁴⁹, como meio de manter crenças de controle, através do controle mediado por Deus⁷⁶ e como protetora do *self* e do bem-estar psicológico dos cuidadores idosos que se apresentam em condições de fragilidade e sobrecarga. Dessa forma, ainda que existam variáveis relativas ao cuidado que afetem a percepção de sobrecarga do idoso cuidador, o mesmo pode lançar mão dos recursos religiosos para preservar suas crenças de controle e, finalmente, seu bem-estar psicológico.

Os achados do presente estudo se sobrepõem ao Modelo de Pearlin e colaboradores¹⁴ e demonstram que o modelo de *path analysis* construído é um modelo válido para compreender as interações e as repercussões das condições de saúde do cuidador, das variáveis relativas ao cuidado, como a sobrecarga, e de recursos pessoais, como os indicadores de religiosidade, na variável senso de controle.

Considerando o senso de controle como indicativo de bem-estar psicológico²¹, os serviços de saúde com contato direto com a população de idosos que exerce o cuidado informal devem encarar com bastante rigor as condições nas quais os idosos estão assumindo e cumprindo o cuidado e quais os recursos físicos e psicológicos que possuem para lidar com esta realidade, de forma a disponibilizar programas de apoio.

A presente pesquisa apresenta limitações relativas à composição de uma amostra segundo critérios de conveniência o que limita representatividade e potencial de generalização dos achados. O delineamento transversal permite também apenas uma visão estática do processo e não identifica relações causais entre as variáveis, as quais foram apenas inferidas por meio da testagem do modelo.

Há também limitações quanto aos instrumentos utilizados que não são específicos para aplicação na população idosa, como a Escala de Zarit e o Índice de Religiosidade de Duke. Em especial, a variável de desfecho foi identificada por meio de um subdomínio da Escala CASP-19 na ausência de instrumentos específicos dedicados à avaliação do senso de controle no contexto do cuidado.

6. CONCLUSÃO

Em linhas gerais o presente estudo permite as seguintes conclusões:

- Esta pesquisa encontrou dados que suportam um modelo psicológico no contexto do cuidado informal, em que o senso de controle toma papel de desfecho, por ser um indicativo de bem-estar psicológico.
- Indicadores de fragilidade, sobrecarga percebida e religiosidade organizacional influenciam o constructo senso de controle entre cuidadores idosos de outros idosos.

- A religiosidade organizacional pode ser interpretada como um fator de proteção do *self* do cuidador idoso que se encontra frágil e sobrecarregado pelas exigências do cuidado.

Novas pesquisas deverão ser realizadas para entender melhor os mecanismos pelos quais o senso de controle de idosos cuidadores é afetado ao longo do tempo, considerando assim suas condições de saúde, as demandas vivenciadas no cuidado de outro idoso e os recursos pessoais que o cuidador idoso possui.

Finalizando, o investimento nessa pesquisa foi motivado por um clamor desse campo do conhecimento por proposições e testagem de modelos explicativos que sejam teoricamente embasados. Conhecido como um campo rico em dados, mas carente de teorias^{17,71} almeja-se haver colaborado com a reflexão e proposição de caminhos explicativos para os fenômenos do envelhecimento.

7. REFERÊNCIAS

- 1 – Camarano, AA, Kanso, S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADs. In: Camarano, AA, organizador. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 93-122.
- 2 – Neri, AL. Desafios ao bem-estar físico e psicológico enfrentados por idosos cuidadores no contexto da família: dados do Fibra Campinas. In: Camarano, AA, organizador. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 303-36.
- 3 – Cartaxo HGO, Gaudêncio MMP, Dos Santos ARM, De Araújo RA, De Freitas CMSM. Vivência dos cuidadores familiares de idosos dependentes: revelando estratégias para o enfrentamento do cotidiano. *Estud. Interdiscipl. Envelhec.* 2012; 17(1):59-74.
- 4 – 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; 22(5):481-8. Doi: 10.1016/j.jagp.2012.08.010

- 5 – Litzelman L, Skinner HG, Gangnon RE, Nieto J, Malecki K, Witt WP. Role of global stress in the health-related quality of life of caregivers: evidence from the survey of the health of Wisconsin. *Qual Life Res.* 2014; 23(5):1569-78. Doi: 10.1007/s11136-013-0598-z
- 6 – Seeher K, Low L, Reppermund S, Brodaty H. Predictors and outcomes for caregivers of people with mild cognitive impairment: a systematic literature review. *Alzheimer & Dementia.* 2013; 9:346-55. Doi: 10.1016/j.jalz.2012.01.012
- 7 – Schulz R, Beach SR, Cook TB, Martire LM, Tomlinson JM, Monin JK. Predictors and consequences of perceived lack of choice in becoming an informal caregiver. *Aging Ment Health.* 2012; 16(6):712-21. Doi: 10.1080/13607863.2011.651439
- 8 – Fortinsky RH, Tennen H, Frank N, Affleck G. Health and psychological consequences of caregiving. In: Aldwin CM, Park CL, Spiro III A, editors. *Handbook of health psychology and aging.* New York: The Guilford Press; 2007. p. 227-49.
- 9 – Bianchi M. Indicadores de sobrecarga, estratégias de enfrentamento e sintomas depressivos em idosos que cuidam de outros idosos [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2015.
- 10 – Aldwin CM, 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. 210-26.
- 11 – Bianchi M, Flesch LD, Alves EVC, Batistoni SST, Neri AL. Indicadores psicométricos da Zarit Burden Interview aplicada a idosos cuidadores de outros idosos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2016; 24:e2835. Doi: 10.1590/1518-8345.1379.2835
- 12 – Sun, F. Caregiving stress and coping: a thematic analysis of chinese Family caregivers of persons with dementia. *Dementia.* 2014; 16(6):803-18. Doi: 10.1177/1471301213485593
- 13 – Braz E, Ciosak SI. O tornar-se cuidadora na senescência. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009; 13(2):372-77.
- 14 – Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM. Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist.* 1990; 30(5):164-79. Doi: 10.1093/geront/30.5.583

- 15 – Neri AL, Sommerhalder C. As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. In: Neri, AL, organizador. Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais. Campinas: Alínea; 2012. p. 11-68.
- 16 – Skaff MM, Pearlin LI, Mullan JT. Transitions in the caregiving career: effects on sense of mastery. *Psychology and Aging*. 1996; 11(2):247-57. Doi: 10.1037/0882-7974.11.2.247
- 17 – Skaff MM. Sense of control and health: a dynamic duo in the aging process. In: Aldwin CM, Park CL, Spiro III A, editors. *Handbook of health psychology and aging*. New York: The Guilford Press; 2007. p. 186-209.
- 18 – Pearlin LI, Nguyen KB, Schieman S, Milkie MA. The life-course origins of mastery among older people. *Journal of Health and Social Behavior*. 2007; 48:164-79. Doi: 10.1177/002214650704800205
- 19 – Pearlin LI. The life course and the stress process: some conceptual comparisons. *Journal of Gerontology: Social Sciences*. 2010; 65B(2):207-15. Doi: 10.1093/geronb/gbp106
- 20 – Neri AL. Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar. 1ª ed. Campinas: Alínea; 2007. Capítulo 1, Qualidade de vida na velhice e subjetividade; p. 13-59.
- 21 – Hyde M, Wiggins RD, Higgs P, Blane DB. A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Aging & Mental Health*. 2003; 7(3):189-94. Doi: 10.1080/1360786031000101157
- 22 – Maslow AH. *Toward a psychology of being*. 2nd ed. New Jersey: Van Nostrand; 1968.
- 23 – Blane D, Higgs P, Hyde M, Wiggins RD. Life course influences on quality of life in early old age. *Social Science & Medicine*. 2004; 58:2171-79. Doi: 10.1016/j.socscimed.2003.08.028
- 24 – Wiggins RD, Netuveli G, Hyde M, Higgs P, Blane D. The evaluation of a self-enumerated scale of quality of life (CASP-19) in the context of research of ageing: a combination of exploratory and confirmatory approaches. *Soc Indic Res*. 2008; 89:61-77. Doi: 10.1007/s11205-007-9220-5

- 25 – Rafnsson SB, Shankar A, Steptoe A. Informal caregiving transitions, subjective well-being and depressed mood: findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Aging & Mental Health*. 2015; 0(0):1-9. Doi: 10.1080/13607863.2015.1088510
- 26 – Tomomitsu MRSV, Lemos ND, Perracini MR. Prevalência e fatores associados à fragilidade em cuidadores idosos. *Geriatrics & Gerontologia*. 2010; 4(1):3-12.
- 27 – Nunes DP, Duarte YAO, Santos JLF, Lebrão ML. Rastreamento de fragilidade em idosos por instrumento autorreferido. *Rev Saúde Pública*. 2015; 49(2):1-9. 10.1590/S0034-8910.2015049005516
- 28 – Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*. 2001; 56A(3):M146-56. Doi: 10.1093/gerona/56.3.M146
- 29 – Dassel KB, Carr DC. Does dementia caregiving accelerate frailty? Findings from the health and retirement study. *Gerontologist*. 2016; 56(3):444-50. Doi: 10.1093/geront/gnu078
- 30 – Dent E, Hoogendijk EP. Psychosocial factors modify the association of frailty with adverse outcomes: a prospective study of hospitalized older people. *BMC Geriatrics*. 2014; 14:1-8. Doi: 10.1186/1471-2318-14-108
- 31 – Nascimento PPP, Batistoni SST, Neri AL. Frailty and depressive symptoms in older adults: data from FIBRA study – UNICAMP. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2016; 26(16). Doi: 10.1186/s41155-016-0033-9
- 32 – Sexton E, King-Kallimaris BL, Layte R, Hickey A. CASP-19 special section: how does chronic disease status affect CASP quality of life at older ages? Examining the WHO ICF disability domains as mediators of this relationship. *Aging & Mental Health*. 2015; 19(7):622-33. Doi: 10.1080/13607863.2014.955457
- 33 – Gale CR, Cooper C, Deary IJ, Aihie Sayer A. Psychological well-being and incident frailty in men and women: The English Logitudinal Study of Ageing. *Psychological Medicine*. 2014; 44(4):697-706. Doi: 10.1017/S0033291713001384
- 34 – Sommerhalder C, Neri AL. Avaliação subjetiva da tarefa do cuidar: ônus e benefícios percebidos por cuidadoras familiares de idosos de alta dependência. In: Neri, AL,

organizador. Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais. Campinas: Alínea; 2012. p.97-136.

35 – Swinkels, J, Van Tilburg, T, Verbakel E, Van Groenou MB. Explaining the gender gap in the caregiving burden of partner caregivers. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2017; 00(00):1-9. Doi: 10.1093/geronb/gbx036

36 – Delalibera M, Presa J, Barbosa A, Leal I. Sobrecarga no cuidar e suas repercussões nos cuidadores de pacientes em fim de vida: revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(9):2731-47. Doi: 10.1590/1413-81232015209.09562014

37 – Zarit SH, Zarit JM. The memory and behavior problems checklist- 1987R and the Burden interview (technical report). University Park (PA): Pennsylvania State. 1987.

38 – 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. Doi: 10.1590/S1516-44462002000100006

39 – Riffin C, Van Ness PH, Wolff JL, Fried T. Family and other unpaid caregivers and older adults with or without dementia and disability. *JAGS*. 2017 Abr:1-8. Doi: 10.1111/jgs.14910

40 – Jones AJ, Kuijer RG, Livingston L, Myall D, Horne K, MacAskill M, et al. Caregiver burden is increased in Parkinson's disease with mild cognitive impairment (PD-MCI). *Translational Neurodegeneration*. 2017; 6(17):1-9. Doi: 10.1186/s40035-017-0085-5

41 – Oldenkamp M, Hagendoorn M, Wittek R, Stolk R, Smidt N. The impact of older person's frailty on the care-related quality of life of their informal caregiver over time: results from the TOPIC-MDS project. *Qual Lif Res*. 2017 Mai:1-12. Doi: 10.1007/s11136-017-1606-5

42 – Faronbi JO, Olaogun AA. The influence of caregivers' burden on quality of life for caregivers of older adults with chronic illness in Nigeria. *International Psychogeriatrics*. 2017; 29(7):1085-93. Doi: 10.1017/S1041610216002295

43 – Brandão D, Ribeiro O, Oliveira M, Paúl C. Caring for a centenarian parent: an exploratory study on role strains and psychological distress. *Scand J Caring Sci*. 2017 Mai:1-11. Doi: 10.1111/scs.12423

- 44 – Koenig HG, Nelson B, Show SF, Saxena S, Cohen HJ. Religious involvement and adaptation in female caregivers. *JAGS*. 2016; 64(3):578-83. Doi: 10.1111/jgs.13929
- 45 – Leblanc AJ, Driscoll AK, Pearlin LI. Religiosity and the expansion of the caregiver stress. *Aging & Mental Health*. 2004; 8(5):410-21. Doi: 10.1080/13607860410001724992
- 46 – Koenig HG, Parkerson Jr GR, Meador KG. Religion index for psychiatric research. *The American Journal of Psychiatry*. 1997; 154:885-6.
- 47 – Koenig HG. Research on religion, spirituality and mental health: a review. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2009; 54(5):283-91. Doi: 10.1177/070674370905400502
- 48 – Taunay TCD, Gondim FAA, Macêdo DS, Moreira-Almeida A, Gurgel LA, Andrade LMS, et al. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). *Rev Psiq Clin*. 2012; 39(4):130-5. Doi: 10.1590/S0101-60832012000400003
- 49 – Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*. 2012; 2012. Doi: 10.5402/2012/278730
- 50 – Santos WJ, Giacomini KC, Pereira JK, Firmo JOA. Enfrentamento da incapacidade funcional por idosos por meio de crenças religiosas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(7):2319-28. Doi: 10.1590/S1413-81232013000800016
- 51 – Koenig HG. Religion and spirituality in gerontology. In: Balboni M & Peteet J. *Spirituality and religion within the culture of medicine: from evidence to practice*. New York: Oxford University Press; 2017. p.109-27.
- 52 – Park CL. Religious and spiritual issues in 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.313-37.
- 53 – Winter L, Moriarty HJ, Atte F, Gitlin LN. Depressed affect and dimensions of religiosity in family caregivers of individuals with dementia. *J Relig Health*. 2015; 54:1490-502. Doi: 10.1007/s10943-015-0033-6
- 54 – De Oliveira GR, Neto JF, de Camargo SM, Lucchetti ALG, Espinha DCM, Lucchetti G. Caregiving across the life-span: comparing caregiver burden, mental health, and quality of life. *Psychogeriatrics*. 2015; 15:123-32. Doi: 10.1111/psyg.12087

- 55 – Fider CRA, Lee JW, Gleason PC, Jones P. Influence of religion on later burden and health of new black and white caregivers. *Journal of Applied Gerontology*. 2017; 00(0): 1-22. Doi: 10.1177/0733464817703017
- 56 – Jang Y, Borenstein-Graves A, Haley WE, Small BJ, Mortimer JA. Determinants of a sense of mastery in african americans and white older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*. 2013; 58B(4): S221-4. Doi: 10.1093/geronb/58.4.S221
- 57 – Damasceno A, Delicio AM, Mazo DFC, Zullo JFD, Scherer P, Ng RTY, et al. Validation of the Brazilian version of mini-test CASI-S. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 2005; 63:146-21. Doi: 10.1590/S0004-282X2005000300010
- 58 – Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 1969; 3(3 part1):179-86.
- 59 – Brito FC, Nunes MI, Yuaso DR. Multidimensionalidade em Gerontologia II: instrumentos de avaliação. In: Netto MP, organizador. *Tratado de Gerontologia*. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 133-48.
- 60 – 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 psychological function. *JAMA*. 1963; 185(12):914-9. Doi: 10.1001/jama.1963.03060120024016
- 61 – Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAD, Ribeiro STF, Buckman. Adaptação transcultural da escala de independência em atividades de vida diária (escala de Katz). *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 24(1):103-12. Doi: 10.1590/S0102-311X2008000100010
- 62 – Montañó MBMM, Ramos LR. Validade da versão em português da clinical dementia rating. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39:912-7. Doi: 10.1590/S0034-89102005000600007
- 63 – Morris J. The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. *Neurology*. 1993; 43(11):2414-4.
- 64 – Lima FM, Hyde M, Chungkham HS, Correia C, Campos AS, Campos M, et al. Quality of life amongst older brazilians: a cross-cultural validation of the CASP-19. *PloS one*. 2014; 9(4):e94289. Doi: 10.1371/journal.pone.0094289

- 65 – Siegel S, Castellan Jr NJ. Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
- 66 – Conover WJ. Practical Nonparametric Statistics. 3ª ed. New York: John Wiley & Sons; 1999.
- 67 – Fleiss JL. Statistical Methods for Rates and Proportions. 2ª ed. New York: John Wiley & Sons; 1981.
- 68 – Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 4ª ed. Boston: Allyn and Bacon; 2001.
- 69 - Anderson JC, Gerbing DW. Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin*. 1988; 103(3):411-23.
- 70 - Hatcher L. A step-by-step approach to using the SAS System for factor analysis and structural equation modeling. Cary, NC: SAS Institute Inc., 588p. 1994.
- 71 - Spiro III A. The relevance of a lifespan developmental approach to health. In: Aldwin CM, Park CL, Spiro III A, editors. *Handbook of health psychology and aging*. New York: The Guilford Press; 2007. p. 75-93.
- 72 – Heckhausen J, Schulz R. A life-span theory of control. *Psychological Review*. 1995; 102(2):284-304. Doi: 10.1037/0033-295X.102.2.284
- 73 – Alves EVC. Multimorbidade, sobrecarga percebida e fragilidade em idosos que cuidam de outros idosos [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2016.
- 74 – Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company; 1984.
- 75 – Fortes-Burgos, ACG, Neri AL, Cupertino APFB. Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, auto-eficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2008; 21(1):74-82. Doi: 10.1590/S0102-79722008000100010

76 – Krause N. Social involvement in religious institutions and God-mediated control beliefs: a longitudinal investigation. *J Sci Study Relig.* 2007; 46(4): 519-37. Doi: 10.1111/j.1468-5906.2007.00375.x

77 – Krause N, Hayward RD. God-mediated control and optimism: exploring variations by denominational affiliation. *Rev Relig Res.* 2014; 56(2):275-90. Doi: 10.1007/s13644-013-0133-2

78 – Krause N. God-mediated control and change in self-rated health. *Int J Psychol Relig.* 2010; 20(4):267-87. Doi: 10.1080/10508619.2010.507695

79 – Krause N, Hayward RD. Religion, finding interests in life, and change in self-esteem during late life. *Research on Aging.* 2014; 36(3):364-81. Doi: 10.1177/0164027513496437

80 – Pearlin LI, Bierman A. Current issues and future directions in research into the stress process. In: Aneshensel CS, Phelan JC, Bierman A, editors. *Handbook of the sociology and mental health.* Netherlands: Springer; 2013. p. 325-40.

8. ANEXOS

ANEXO 1



DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE ARQUIVOS, REGISTROS E SIMILARES

Campinas, 29 de agosto de 2016

Declaro que permito o acesso e o uso do banco de dados do Estudo “Bem-estar psicológico de idosos que cuidam de outros idosos no contexto da família” à mestranda em Gerontologia Larissa Centofanti Lemos, que deverá utilizá-lo na pesquisa intitulada “Senso de controle entre idosos cuidadores: relações com fragilidade, sobrecarga e religiosidade”.

Ressalto que o uso do banco de dados implica no respeito aos princípios constantes da Resolução n.º. 466 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que estabelece normas éticas a serem observadas na pesquisa com seres humanos no Brasil, os quais foram replicados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do referido estudo. O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas analisou o projeto e seu TCLE e expediu o parecer de aprovação n.º. 822.364, em 6/10/2014. O Estudo “Bem-estar psicológico de idosos que cuidam de outros idosos no contexto da família” foi registrado na Plataforma Brasil sob o código C.A.A.E. 3586 8514.8.0000.5404

Anita Liberalesso Neri
CPF 107.584.108-91
Matr. Unicamp 31049-7

ANEXO 2



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, aos 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.

Em caso de denúncia ou reclamação sobre sua participação no estudo, a senhora (o senhor) poderá entrar em contato com a secretaria 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

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:

ANEXO 3



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: _____

1ª PARTE

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. () Filho/a
8. () 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 DA FAMÍLIA E DO CUIDADOR**

- B1. Sexo** 1. () Masculino 99. () Não resposta
2. () Feminino
- 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

BLOCO C**SAÚDE FÍSICA DO CUIDADOR****DOENÇAS AUTORRELATADAS**

Algum médico já disse que o/a senhor/a tem as seguintes doenças?	Sim	Não	NR
C1. Doença do coração, como angina, infarto do miocárdio ou ataque cardíaco	1	2	99
C2. Pressão alta / hipertensão	1	2	99
C3. Derrame / AVC / Isquemia	1	2	99
C4. Diabetes Mellitus	1	2	99
C5. Tumor maligno / Câncer	1	2	99
C6. Artrite ou reumatismo	1	2	99
C7. Doenças do pulmão como por exemplo bronquite e enfisema	1	2	99
C8. Depressão	1	2	99
C9. Osteoporose	1	2	99

SINAIS E SINTOMAS

Nos últimos 12 meses o/a senhor/a teve algum destes problemas de saúde?	Sim	Não	NR
C10. Incontinência urinária (ou perda involuntária da urina)?	1	2	99
C11. Incontinência fecal (ou perda involuntária das fezes)?	1	2	99
C12. Perda de apetite?	1	2	99
C13. Sofreu uma ou mais quedas?	1	2	99
C14. Esteve de cama, em casa, por mais de 7 dias por causa de doença ou cirurgia?	1	2	99

D5. FLUÊNCIA VERBAL: “Agora eu quero que você diga os nomes de todos os animais de quatro patas que você conhece. Você vai ter 30 segundos para dizer o máximo de nomes que você lembrar. Pode começar.” (Dê 1 ponto para cada resposta correta, até um máximo de 10 pontos)

Score (0 – 10) _____

EVOCÇÃO: “Você se lembra daqueles 3 nomes que eu pedi para você guardar na memória?”

D6. a	0	1	2	3
Evocção espontânea (sem ajuda)				3
Se após: “Um dos nomes era de uma coisa que usamos no corpo”				2
Se após: “Um dos nomes era <i>sapatos, camisa</i> ou <i>meias</i> ?”				1
Se mesmo com estas dicas continua incapaz de lembrar				0

0 1 2 3

D7. b

Evocção espontânea	3
Se após: “Uma das palavras era o nome de uma cor”	2
Se após: “Um dos nomes era <i>azul, preto</i> ou <i>marrom</i> ?”	1
Se mesmo com estas dicas continua incapaz de lembrar	0

D8. c

Evocção espontânea	3	0	1	2	3
Se após: “Um dos nomes se referia a uma boa qualidade pessoal”	2				
Se após: “Um dos nomes era <i>honestidade, caridade</i> ou <i>modéstia</i> ?”	1				
Se mesmo com estas dicas continua incapaz de lembrar	0				

SCORE TOTAL DO CASI-S (de 0 a um máximo de 33 pontos): _____

2ª PARTE

BLOCO E

CONDIÇÕES SOCIECONÔMICAS DA FAMÍLIA DO CUIDADOR

Arranjo de moradia	Sim 1	Não 2	NR 99
E1. O/a senhor/a mora sozinho/a?	1 (Vá para a questão E12)	2	99
E2. Com quantas pessoas o/a senhor/a mora? (completar)		
Quem são as pessoas que moram em sua residência?			
E3. Marido/mulher/companheiro/a	1	2	99
E4. Pai e/ou mãe	1	2	99
E5. Sogra e/ou sogro	1	2	99
E6. Filho/s	1	2	99
E7. Marido ou esposa de filha ou filho	1	2	99
E8. Neto/s	1	2	99
E9. Bisneto/s	1	2	99
E10. Outro/s parente/s	1	2	99
E11. Pessoas de fora da família	1	2	99
E12. Em sua casa existe empregada doméstica?	1	2	99
E13. Se existe, ela auxilia nas tarefas de cuidado ao idoso?	1	2	99
E14. Em sua casa existem crianças de 12 anos ou menos?	1	2 Vá para a questão E18	99 Vá para a questão E18

E15. Se elas existem, o/a senhor/a se encarrega de cuidar ou tomar conta delas?	1	2	99
		Vá para a questão E18	
E16. Quantos dias na semana costuma cuidar dessas crianças?	1 dia	2 dias	3 ou mais dias
E17. Por quanto tempo por dia costuma cuidar delas?	1 hora	2 a 4 horas	5 horas ou mais
Renda familiar			
E18. Qual a contribuição financeira do idoso que é alvo de cuidados para o sustento da família?	1 Total	2 Parcial	3 Nula
E19. Qual a capacidade do idoso que é alvo de cuidados de custear seus gastos com remédios e tratamentos?	1 Total	2 Parcial	3 Nula
E20. Os rendimentos dos membros de sua família são suficientes para atender às suas necessidades?	Sim 1	Não 2	NR 99
E21. São suficientes para atender às necessidades do idoso que é alvo de cuidados?	1	2	99
E22. Qual é a renda bruta total das pessoas de sua família, considerando-se ganhos do trabalho, aposentadorias, pensões e outras fontes?	R\$ _____(completar)		

BLOCO F**CARACTERÍSTICAS DO IDOSO ALVO DE CUIDADOS**

F1. Idade do idoso que é alvo de cuidados	_____ (completar)		
F2. Segundo os médicos que sua família tem consultado e segundo sua experiência, qual é o principal problema de saúde da pessoa que é alvo de cuidados?	<input type="checkbox"/> 1. Doença neurológica / demências <input type="checkbox"/> 2. Doenças cardiovasculares <input type="checkbox"/> 3. Doenças cerebrovasculares <input type="checkbox"/> 4. Câncer <input type="checkbox"/> 5. Diabetes <input type="checkbox"/> 6. Doença renal <input type="checkbox"/> 7. Doença pulmonar <input type="checkbox"/> 8. Artrose, reumatismo, imobilidade <input type="checkbox"/> 9. Outra: _____		
F3. O/a senhor/a reside com a pessoa que é alvo de seus cuidados?	Sim 1	Não 2	NR 99

ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA - AIVDS

Agora eu vou perguntar sobre a independência do idoso de quem cuida para fazer coisas do dia-a-dia. Gostaria que me dissesse se é ele ou ela totalmente independente, se precisa de alguma ajuda ou se precisa de ajuda total para fazer cada uma das seguintes coisas:	Resultado	Se a resposta for 2 ou 3, perguntar: é o/a senhor/a quem fornece essa ajuda
F4. Usar o telefone		1 Sim
1. I: É capaz de discar os números e atender sem ajuda?		2 Não
2. A: É capaz de responder às chamadas, mas precisa de alguma ajuda para discar os números?		
3. D: É incapaz de usar o telefone? (não consegue nem atender e nem discar)	99. NR	

F5. Uso de transporte 1. I: É capaz de tomar transporte coletivo ou táxi sem ajuda? 2. A: É capaz de usar transporte coletivo ou táxi, porém não sozinho? 3. D: É incapaz de usar transporte coletivo ou táxi?	_____	1 Sim
	99. NR	2 Não
F6. Fazer compras 1. I: É capaz de fazer todas as compras sem ajuda? 2. A: É capaz de fazer compras, porém com algum tipo de ajuda? 3. D: É incapaz de fazer compras?	_____	1 Sim
	99. NR	2 Não
F7. Preparo de alimentos 1. I: Planeja, prepara e serve os alimentos sem ajuda? 2. A: É capaz de preparar refeições leves, porém tem dificuldade de preparar refeições maiores sem ajuda? 3. D: É incapaz de preparar qualquer refeição?	_____	1 Sim
	99. NR	2 Não
F8. Tarefas domésticas 1. I: É capaz de realizar qualquer tarefa doméstica sem ajuda? 2. A: É capaz de executar somente tarefas domésticas mais leves? 3. D: É incapaz de executar qualquer trabalho doméstico?	_____	1 Sim
	99. NR	2 Não
F9. Uso de medicação 1. I: É capaz de usar medicação de maneira correta sem ajuda? 2. A: É capaz de usar medicação, mas precisa de algum tipo de ajuda? 3. D: É incapaz de tomar medicação sem ajuda?	_____	1 Sim
	99. NR	2 Não
F10. Manejo do dinheiro 1. I: É capaz de pagar contas, aluguel e preencher cheques, de controlar as necessidades diárias de compras sem ajuda? 2. A: Necessita de algum tipo de ajuda para realizar estas atividades? 3. D: É incapaz de realizar estas atividades?	_____	1 Sim
	99. NR	2 Não
F11. Soma de Is	_____	
F12. Soma de As	_____	
F13. Soma de Ds	_____	

ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA – ABVDS

Vou continuar lhe perguntando sobre a independência 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:	Resultado	Se a resposta for 2 ou 3, perguntar: é o/a senhor/a quem fornece essa ajuda
F14. Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro) 1. I: Não recebe ajuda (entra e sai da banheira se esse for o modo habitual de tomar banho). 2. A: Recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (por ex. as costas ou uma perna). 3. D: Recebe ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo ou não toma banho sozinho.	_____	1 Sim
	99. NR	2 Não
F15. Vestir-se (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. I: Pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda. 2. A: Pega as roupas e veste-se completamente sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos. 3. D: Recebe ajuda para pegar as roupas e vestir-se ou permanece total ou parcialmente sem roupas	_____	1 Sim
	99. NR	2 Não
F16. Usar o vaso sanitário	_____	1

<p>1. I: 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)</p> <p>2. A: 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.</p> <p>3. D: Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas</p>	99. NR	Sim
		2
<p>2. A: 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.</p> <p>3. D: Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas</p>	99. NR	Não
		2
F17. Transferência		
<p>1. I: 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)</p> <p>2. A: Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda</p> <p>3. D: Não sai da cama</p>	99. NR	1
		Sim
<p>2. A: Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda</p> <p>3. D: Não sai da cama</p>	99. NR	2
		Não
F18. Controle esfinteriano		
<p>1. I: Controla inteiramente a evacuação e a micção</p> <p>2. A: Tem “acidentes” ocasionais</p> <p>3. D: Necessita de ajuda para manter o controle da evacuação e da micção; usa cateter ou é incontinente</p>	99. NR	1
		Sim
<p>2. A: Tem “acidentes” ocasionais</p> <p>3. D: Necessita de ajuda para manter o controle da evacuação e da micção; usa cateter ou é incontinente</p>	99. NR	2
		Não
F19. Alimentar-se		
<p>1. I: Alimenta-se sem ajuda</p> <p>2. A: Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar ou passar manteiga no pão</p> <p>3. D: Recebe ajuda para alimentar-se ou é alimentado parcialmente ou completamente por meio de cateteres ou fluidos intravenosos</p>	99. NR	1
		Sim
<p>2. A: Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar ou passar manteiga no pão</p> <p>3. D: Recebe ajuda para alimentar-se ou é alimentado parcialmente ou completamente por meio de cateteres ou fluidos intravenosos</p>	99. NR	2
		Não
F20. TOTAL: _____		
<p>0: independente em todas as seis funções</p> <p>1: independente em cinco funções e dependente em uma função</p> <p>2: independente em quatro funções e dependente em duas</p> <p>3: independente em três funções e dependente em três</p> <p>4: independente em duas funções e dependente em quatro</p> <p>5: independente em uma função e dependente em cinco</p> <p>6: dependente em todas as seis funções</p>		

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.

Função cognitiva	Grau do dano				
	Nenhum (0)	Questionável(0,5)	Leve (1,0)	Moderado(2,0)	Grave (3,0)
F21.	Sem perdas de	Esquecimento	Perda de	Lembra-se	Não se lembra

Memória	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.	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.	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.	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.	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.
	Nenhum (0)	Questionável(0,5)	Leve (1,0)	Moderado(2,0)	Grave (3,0)
F22. Orientação temporal e espacial	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 confusões 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 dos outros, um outro bairro ou um supermercado pouco conhecido).	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 sempre desorientado no espaço, perde-se com facilidade na rua e em outros locais públicos.	Totalmente confuso e desorientado no tempo e no espaço, mas reconhece as pessoas.
	Nenhum (0)	Questionável(0,5)	Leve (1,0)	Moderado(2,0)	Grave (3,0)
F23. Julgamento e solução de problemas	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	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.

leituras religiosas, assistir missas ou cultos na TV.															
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ATIVIDADES SOCIAIS FORA DE CASA

Eu gostaria de saber se o/a senhor/a realiza as seguintes atividades fora de casa?	Sim 1	Não 2	NR 99
F34. Ir ao cabelereiro, à manicure, à fisioterapia ou à ginástica; fazer compras para si.	1 Quantas vezes por mês? ____	2	99
F35. Ir à igreja ou ao templo para rituais religiosos ou participar de atividades ou grupos ligados à religião.	1 Quantas vezes por mês? ____	2	99
F36. Participar de reuniões sociais e de festas em casa ou em clubes.	1 Quantas vezes por mês? ____	2	99
F37. Ir a eventos culturais, tais como shows, concertos, e exposições; ir ao cinema e ao teatro.	1 Quantas vezes por mês? ____	2	99
F38. Participar de reuniões de diretorias ou conselhos de associações, clubes, escolas, sindicatos, cooperativas ou desenvolver atividades políticas	1 Quantas vezes por mês? ____	2	99
F39. Fazer algum curso ou participar de grupo de convivência.	1 Quantas vezes por mês? ____	2	99
F40. Fazer viagens curtas (um dia ou um fim de semana).	1 Quantas vezes por mês? ____	2	99
F41. Fazer visitas	1 Quantas vezes por mês? ____	2	99

BLOCO G

FUNCIONALIDADE FAMILIAR

INTERCÂMBIOS DE AJUDA

Tipo de ajuda	G1. Recebe	G2. De quem?	G3. Avaliação
Material (dinheiro, comida, remédios, roupas, outros artigos de necessidade)	() 1.Sim () 2.Não () 99. NR	() 1.Cônjuge/companheiro/a () 2. Filhos/filhas () 3. Nora/genro () 4. Netos () 5. Outros parentes () 6. Pessoas de fora () 7. Instituição/profissional () 8. O alvo de cuidados () 99. NR	() 1. Suficiente () 2. Insuficiente () 99. NR
	G4. Fornece () 1.Sim	G5. A quem? () 1.Cônjuge/companheiro/a	G6. Avaliação () 1. Sinto-me capaz de ajudar

	() 2.Não () 99. NR	() 2. Filhos/filhas () 3. Nora/genro () 4. Netos () 5. Outros parentes () 6. Pessoas de fora () 7. O alvo de cuidados () 99. NR	sem me sentir desgastado/onerado () 2. Sinto-me desgastado/onerado ao fornecer essa ajuda () 99. NR
Instrumental, em ABVDs (tomar banho, vestir-se, comer, deitar, sentar ou levantar, caminhar, sair de casa e usar o banheiro ou sanitário)	G7. Recebe () 1.Sim () 2.Não () 3.Não precisa () 99. NR	G8. De quem? () 1.Cônjuge/companheiro/a () 2. Filhos/filhas () 3. Nora/genro () 4. Netos () 5. Outros parentes () 6. Pessoas de fora () 7. Instituição/profissional () 99. NR	G9. Avaliação () 1. Suficiente () 2. Insuficiente () 99. NR
	G10. Fornece () 1.Sim () 2.Não () 99. NR	G11. A quem? () 1.Cônjuge/companheiro/a () 2. Filhos/filhas () 3. Nora/genro () 4. Netos () 5. Outros parentes () 6. Pessoas de fora () 7. O alvo de cuidados () 8. Instituição/profissional () 99. NR	G12. Avaliação () 1. Sinto-me capaz de ajudar sem me sentir desgastado/onerado () 2. Sinto-me desgastado/onerado ao fornecer essa ajuda () 99. NR
Instrumental, em AIVDs e AAVDs (preparar refeições, compras, cuidar do dinheiro/ cuidar da casa de filhos ou parentes, tomar conta do negócio de filhos ou parentes e tomar conta de netos)	G13. Recebe () 1.Sim () 2.Não () 3.Não precisa () 99. NR	G14. De quem? () 1.Cônjuge/companheiro/a () 2. Filhos/filhas () 3. Nora/genro () 4. Netos () 5. Outros parentes () 6. Pessoas de fora () 99. NR	G15. Avaliação () 1. Suficiente () 2. Insuficiente () 99. NR
	G16. Fornece () 1.Sim () 2.Não () 99. NR	G17. A quem? () 1.Cônjuge/companheiro/a () 2. Filhos/filhas () 3. Nora/genro () 4. Netos () 5. Outros parentes () 6. Pessoas de fora () 7. O alvo de cuidados () 99. NR	G18. Avaliação () 1. Sinto-me capaz de ajudar sem sentir-me desgastado/onerado () 2. Sinto-me desgastado/onerado ao fornecer essa ajuda () 99. NR
Emocional (dar atenção, fazer companhia, conversar, ouvir, aconselhar)	G19. Recebe () 1.Sim () 2.Não () 99. NR	G20. De quem? () 1.Cônjuge/companheiro/a () 2. Filhos/filhas () 3. Nora/genro () 4. Netos () 5. Outros parentes () 6. Pessoas de fora () 7. O alvo de cuidados () 99. NR	G21. Avaliação () 1. Suficiente () 2. Insuficiente () 99. NR

	G22. Fornece () 1.Sim () 2.Não () 99. NR	G23. A quem? () 1.Cônjuge/companheiro/a () 2. Filhos/filhas () 3. Nora/genro () 4. Netos () 5. Outros parentes () 6. Pessoas de fora () 7. O alvo de cuidados () 99. NR	G24. Avaliação ()1. Sinto-me capaz de ajudar sem me sentir desgastado/onerado () 2. Sinto-me desgastado/onerado ao fornecer essa ajuda ()99. NR
--	---	--	--

APGAR DA FAMÍLIA

	Sempre 2	Às vezes 1	Nunca 0	NR 99
G22. O(a) Sr(a) está satisfeito(a) pois pode recorrer à sua família em busca de ajuda quando alguma coisa está te incomodando ou preocupando?	2	1	0	99
G23. O(a) Sr(a) está satisfeito(a) com a maneira pela qual o(a) Sr(a) e sua família conversam e compartilham os problemas?	2	1	0	99
G24. O(a) Sr(a) está satisfeito(a) com a maneira como sua família aceita e apóia seus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções?	2	1	0	99
G25. O(a) Sr(a) está satisfeito(a) com a maneira pela qual sua família demonstra afeição e reage às suas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor ?	2	1	0	99
G26. O(a) Sr(a) está satisfeito(a) com a maneira pela qual o (a) sr(a) e sua família compartilham o tempo juntos?	2	1	0	99

G27. TOTAL:

1. () 0-4
2. () 5-6
3. () 7-10

BLOCO H**AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE****H1.** De um modo geral, como o/a senhor/a avalia a sua saúde no momento atual?

Muito boa 5	Boa 4	Regular 3	Ruim 2	Muito Ruim 1	NR 99
----------------	----------	--------------	-----------	-----------------	----------

H2. Como o/a senhor/a avalia a sua saúde hoje, em comparação com a de 1 ano atrás

Melhor 3	Igual 2	Pior 1	NR 99
-------------	------------	-----------	----------

H3. Como o/a senhor/a avalia o cuidado que dedica à sua saúde?

Muito boa 5	Boa 4	Regular 3	Ruim 2	Muito Ruim 1	NR 99
----------------	----------	--------------	-----------	-----------------	----------

BLOCO I**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
--	------------	----------------	--------------------	----------------------	-------------	----------

I1. O/a Sr/Sra. Sente que o S* pede mais ajuda do que ele /ela necessita?	0	1	2	3	4	99
I2. 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
I3. O/a Sr/Sra se sente estressado (a) entre cuidar de S* e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?	0	1	2	3	4	99
I4. O/a Sr/Sra se sente envergonhado com o comportamento de S*?	0	1	2	3	4	99
I5. O/a Sr/Sra se sente irritado (a) com quando S* está por perto?	0	1	2	3	4	99
I6. O/a Sr/Sra sente que S* afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?	0	1	2	3	4	99
I7. O/a Sr/Sra sente receio pelo futuro?	0	1	2	3	4	99
I8. O/a Sr/Sra sente que S* depende do Sr/Sra?	0	1	2	3	4	99
I9. O/a Sr/Sra se sente tenso (a) quando S* esta por perto?	0	1	2	3	4	99
I10. O/a Sr/Sra sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com S*?	0	1	2	3	4	99
I11. 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
I12. 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
I13. O/a Sr/Sra não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa de S*?	0	1	2	3	4	99
I14. 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
I15. 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
I16. O/a Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar de S* por muito mais tempo?	0	1	2	3	4	99
I17. O/a Sr/Sra sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S*?	0	1	2	3	4	99
I18. O/a Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S*?	0	1	2	3	4	99
I19. O/a Sr/Sra sente que tem dúvida sobre o que fazer por S*?	0	1	2	3	4	99
I20. O/a Sr/Sra sente que deveria estar fazendo mais por S*?	0	1	2	3	4	99
I21. O/a Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor de S*?	0	1	2	3	4	99
I22. De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra se sente sobrecarregado (a) por	0	1	2	3	4	99

cuidar de S**?

BLOCO J**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
J1. Aceita a situação ou pensa que ela aconteceu porque tinha que acontecer.	1	2	3	4	99
J2. Acha que a situação aconteceu por culpa dos outros.	1	2	3	4	99
J3. Queixa-se ou desabafa com alguém.	1	2	3	4	99
J4. Pensa que não há nada a ser feito.	1	2	3	4	99
J5. Espera ter mais informações antes de agir ou de tomar uma decisão.	1	2	3	4	99
J6. Procura distrair-se, por exemplo dedicando-se a passatempos, lendo ou assistindo televisão.	1	2	3	4	99
J7. Demonstra hostilidade.	1	2	3	4	99
J8. Reza e pede orientação a algum ente superior.	1	2	3	4	99
J9. Isola-se.	1	2	3	4	99
J10. Confia em outras pessoas que, a seu ver, têm capacidade para resolver o problema.	1	2	3	4	99
J11. Guarda seus sentimentos para si mesmo.	1	2	3	4	99
J12. Pensa que as coisas poderiam ter sido piores.	1	2	3	4	99
J13. Bebe e come em excesso para se compensar ou para esquecer o que aconteceu.	1	2	3	4	99
J14. Fortalece seus laços afetivos com outras pessoas.	1	2	3	4	99
J15. Confia em Deus ou em algum ser ou força superior.	1	2	3	4	99
J16. Procura relaxar ou tirar uma folga.	1	2	3	4	99
J17. Tenta esquecer que o problema existe.	1	2	3	4	99
J18. Usa remédios para controlar a ansiedade ou a depressão.	1	2	3	4	99
J19. Grita e xinga.	1	2	3	4	99

ESCALA DE RELIGIOSIDADE DE DUKE

J20. Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

Mais do que uma vez por semana	Uma vez por semana	Duas a três vezes por ano	Algumas vezes por ano	Uma vez por ano ou menos	Nunca	NR
5	4	3	2	1	0	99

J21. Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

Mais do que uma vez por semana	Uma vez por semana	Duas a três vezes por ano	Algumas vezes por ano	Uma vez por ano ou menos	Nunca	NR

vez por semana	semana	vezes por ano	por ano	menos		
5	4	3	2	1	0	99

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, diga o quanto cada frase se aplica ao/a senhor/a.

J22. Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

Totalmente verdade pra mim	Em geral é verdade	Não estou certo/a	Em geral não é verdade	Não é verdade	NR
5	4	3	2	1	99

J23. As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

Totalmente verdade pra mim	Em geral é verdade	Não estou certo/a	Em geral não é verdade	Não é verdade	NR
5	4	3	2	1	99

J24. Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

Totalmente verdade pra mim	Em geral é verdade	Não estou certo/a	Em geral não é verdade	Não é verdade	NR
5	4	3	2	1	99

BLOCO L

BEM-ESTAR PSICOLÓGICO DO CUIDADOR

SINTOMAS DEPRESSIVOS

Vou lhe fazer algumas perguntas para saber como o/a senhor/a vem se sentindo na última semana.	Sim	Não	NR
L1. O/a senhor/a está basicamente satisfeito com sua vida?	1	2	99
L2. O/a senhor/a deixou muitos de seus interesses e atividades?	1	2	99
L3. O/a senhor/a sente que sua vida está vazia?	1	2	99
L4. O/a senhor/a se aborrece com frequência?	1	2	99
L5. O/a senhor/a se sente de bom humor a maior parte do tempo?	1	2	99
L6. O/a senhor/a tem medo de que algum mal vá lhe acontecer?	1	2	99
L7. O/a senhor/a se sente feliz a maior parte do tempo?	1	2	99
L8. O/a senhor/a sente que sua situação não tem saída?	1	2	99
L9. O/a senhor/a prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	1	2	99
L10. O/a senhor/a se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	1	2	99
L11. O/a senhor/a acha maravilhoso estar vivo?	1	2	99

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

SATISFAÇÃO COM A VIDA

	1 Discordo totalmente	2	3	4	5 Concordo totalmente	99 NR
L17. Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima ao meu ideal.	1	2	3	4	5	99
L18. As condições da minha vida são excelentes.	1	2	3	4	5	99
L19. Estou satisfeito (a) com minha vida.	1	2	3	4	5	99
L20. Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero da vida.	1	2	3	4	5	99
L21. Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida.	1	2	3	4	5	99

QUALIDADE DE VIDA (CASP-19)

	Nunca 0	De vez em quando 1	Quase sempre 2	Sempre 3
L22. Minha idade me impede de fazer as coisas que eu gostaria de fazer.	0	1	2	3
L23. Eu sinto que não tenho controle sobre o que acontece comigo.	0	1	2	3
L24. Eu me sinto livre para planejar o futuro.	0	1	2	3
L25. Eu me sinto deixado de lado.	0	1	2	3
L26. Eu posso fazer as coisas que quero.	0	1	2	3
L27. As responsabilidades familiares me impedem de fazer o que quero.	0	1	2	3
L28. Eu me sinto realizado com o que faço.	0	1	2	3
L29. Minha saúde me impede de fazer as coisas que quero.	0	1	2	3
L30. A falta de dinheiro me impede de fazer as coisas que quero.	0	1	2	3
L31. Eu tenho vontade de viver cada dia.	0	1	2	3
L32. Eu sinto que minha vida tem sentido.	0	1	2	3

L33. Eu gosto das coisas que faço.	0	1	2	3
L34. Eu gosto de estar na companhia de outras pessoas.	0	1	2	3
L35. Quando avalio a minha vida até aqui, eu me sinto feliz.	0	1	2	3
L36. Ultimamente eu tenho me sentido cheio de ânimo para fazer as coisas.	0	1	2	3
L37. Eu escolho fazer coisas que nunca fiz antes.	0	1	2	3
L38. Eu me sinto satisfeito com minhas realizações na vida.	0	1	2	3
L39. Eu sinto que a vida me proporciona muitas oportunidades.	0	1	2	3
L40. Eu acho que o futuro reserva coisas boas para mim.	0	1	2	3

BLOCO M

M1. Considerando tudo isso sobre o que nós conversamos, na sua visão, o que mais lhe ajuda a enfrentar as coisas complicadas que acontecem no dia-a-dia do cuidado?
