UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

VANESSA COSTA ALMEIDA

Estratégias de *Coping* utilizadas por cuidadores de idosos
frágeis e não frágeis

RIBEIRÃO PRETO

2021

VANESSA COSTA ALMEIDA

Estratégias de *Coping* utilizadas por cuidadores de idosos
frágeis e não frágeis

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: O cuidar de adultos e idosos

Orientador: Profa. Dra. Rosalina Aparecida Partezani
Rodrigues

RIBEIRÃO PRETO

2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Almeida, Vanessa Costa

Estratégias de Coping utilizadas por cuidadores de idosos frágeis e não frágeis.
Ribeirão Preto, 2021.

103p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

1. Estratégias de Coping. 2. Idoso. 3.Cuidador. 4.Sobrecarga. 5.Enfermagem gerontológica.

ALMEIDA, Vanessa Costa

Estratégias de Coping utilizadas por cuidadores de idosos frágeis e não frágeis

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a **Deus** e a toda minha **Família**.*

*Aos meus pais, **Valderez** e **Nilvanda**, por todo amor e exemplo. Vocês sempre serão meu referencial de ser humano íntegro e admirável. Meu coração é repleto de amor e gratidão por vocês.*

*Aos meus avós, **Pedro** e **Raimunda**, por todo acolhimento, cuidado e amor. Eu amo vocês!*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelas misericórdias renovadas a cada manhã, por me fortalecer e guiar nos momentos de incertezas e dificuldades. Deus se fez presente em cada detalhe e meu coração se enche de alegria com essa certeza. Deus é bom!

À minha orientadora, Professora Doutora Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues, por me acolher desde 2013, na primeira iniciação científica. Desde lá, minha admiração só cresceu pela profissional e mulher que a senhora é! Grata por todo conhecimento compartilhado, paciência e conselhos.

Ao meu companheiro de núcleo de pesquisa, Professor Doutor Jack Roberto Fhon, muito obrigada pela disponibilidade, conhecimento e observações. Sua ajuda foi essencial na conclusão desta pesquisa! Muito obrigada!

A toda minha família pelas orações e torcida pela minha felicidade. Meus amados irmãos Valdson e Vanielly, meus cunhados Carolina e Junior, minha prima querida Kamyla e a todos os primos e primas, tios e tias. Amo cada um de vocês.

Ao meu noivo e futuro esposo, João Pedro, obrigada por toda parceria, por me encorajar nos processos e por estar sempre ao meu lado, apesar da distância. Com você é melhor, leve e tem paz. Te amo!

Aos amigos do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Geriátrica e Gerontológica (NUPEGG), Alexandre de Assis Bueno, Alisson Fernandes Bolina, Daiane de Souza Fernandes, Fernanda Laporti Seredynsky, Francine Golghetto, Lucas Pelegrini, Luciana Kusumota, Luípa M. Silva, Suelen Giacomini, Marcela Resende, Maria Angélica Diniz e Nayara Reis, por todo acolhimento e doação de conhecimento.

Ao Grupo Nova Idade, que tive a honra de colaborar nos anos de 2018 e 2019. Grata a cada idoso e monitora!

Agradeço à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), por me proporcionar, desde 2013, realizações de sonhos, conhecimentos e lembranças saudosas.

À minha turma de graduação LX da EERP-USP, em especial às minhas amigas enfermeiras por quem tenho uma enorme admiração: Amanda Urei, Isabela Fernandes de Aguiar Tonetto,

Jordana Carvalhares de Moraes, Karen Martins, Kathrein Alves Sena, Larissa Alves, Livia Santos, Sabrina Marques Moraes e Suelen Borelli Lima Giacomini.

A todos idosos e cuidadores que contribuíram com seu tempo e generosidade na coleta de dados.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES).

RESUMO

ALMEIDA, V. C. **Estratégias de *Coping* utilizadas por cuidadores de idosos frágeis e não frágeis.** 2021.103f. Dissertação (Mestrado – Programa de Pós Graduação em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Introdução: A fragilidade em idosos e o declínio do estado físico e mental influenciam a relação idoso/cuidador e a maneira como o cuidador enfrenta as situações estressoras. Por essas repercussões, têm sido temas de grande relevância no cenário da Geriatria e da Gerontologia. **Objetivo:** avaliar a sobrecarga e as estratégias de *Coping* utilizadas por cuidadores familiares no cuidado de idosos frágeis e não frágeis em um serviço público do interior paulista. **Método:** Estudo transversal, de análise descritiva e analítica, desenvolvido com cuidadores e seus respectivos idosos, acompanhados no Ambulatório de Geriatria de uma unidade de saúde de um município paulista. Os principais instrumentos utilizados com o idoso foram *Tilburg Frailty Indicator*, *Índice de Barthel* e *Escala de Lawton e Brody*. Para avaliação do cuidador, fez-se o uso da *Escala de Sobrecarga de Zarit* e do *Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus*. Os dados foram digitados no programa Microsoft Excel®. As médias dos cuidadores com e sem sobrecarga foram comparadas por meio do Teste t Student. Para relacionar a variável-desfecho com as variáveis exploratórias utilizou-se, além da regressão linear, o teste de Correlação de Pearson. Todos os testes adotaram nível de significância de $p \leq 0.05$. **Resultados:** Foram avaliados 47 cuidadores e os respectivos idosos. A maioria apresentou idade inferior a 60 anos (70,2%), sexo feminino (87,2%), estado civil casado (61,7%), filhos (59,6%) e vivia no mesmo domicílio que o idoso (70,2%). O cuidado, em horas diárias, variou de três a 24 horas, sendo que 89,4% dos participantes relataram ausência de treinamento prévio para esta função. Na comparação das médias das variáveis categóricas do cuidador com a escala de Zarit, verificou-se média de 22,17 para os cuidadores que não tiveram treinamento e de 42,80 para aqueles que tiveram. Na análise de correlação utilizando a escala de Zarit, evidenciou-se correlação positiva entre a sobrecarga do cuidador e os dias de cuidado do idoso, ou seja, a sobrecarga aumenta à medida que o cuidado é ofertado em mais dias da semana ($p=0,05$). Os fatores Enfrentamento, Autocontrole e Aceitação de responsabilidade foram os únicos com preditores estatisticamente significativos: em ordem decrescente de importância, a fragilidade ($\beta = 0,32$, $p = 0,023$, no fator Autocontrole, e $\beta = 0,30$, $p = 0,042$, em Aceitação de responsabilidade) foi a variável preditora mais importante, indicando que o aumento da fragilidade resulta em maiores escores de enfrentamento nessas dimensões. **Conclusão:** Na análise de sobrecarga, a escala de Zarit obteve pontuação mínima de três e máxima de 64, com média de 24,26%. Das estratégias de *Coping* utilizadas, prevaleceram Autocontrole e Aceitação de responsabilidade, seguidas de Confronto, Resolução de problemas e Reavaliação positiva.

Palavras-Chave: 1. Estratégias de *Coping*. 2. Idoso. 3. Cuidador. 4. Sobrecarga 5. Enfermagem gerontológica.

ABSTRACT

ALMEIDA, V.C. **Coping strategies used by caregivers of frail and non-frail elderly people.** 2021. 103p. Dissertation (Master's – Graduation Program in Fundamental Nursing) – Ribeirão Preto Nursing School, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Introduction: Frailty in older adults and the decline in physical and mental status influence the elderly-caregiver relationship and the way the caregiver copes with stressful situations. For these repercussions, these topics have been of great relevance in the scenario of Geriatrics and Gerontology. **Objective:** to evaluate the burden and coping strategies used by family caregivers in the care of frail and non-frail older adults in a public service in the countryside of São Paulo. **Method:** Cross-sectional study, of descriptive and analytical analysis, developed with caregivers and their respective elderly, followed up at a Geriatric Clinic of a health unit from a city in São Paulo. The main instruments used with the seniors were Tilburg Frailty Indicator, Barthel Index and Lawton and Brody Scale. To assess the caregiver the Zarit Overload Scale and the Folkman and Lazarus Coping Strategies Inventory were used. The data were entered into the Microsoft Excel® program. The averages of caregivers with and without burden were compared using Student's t-test. To relate the outcome variable with the exploratory variables, in addition to linear regression, Pearson's Correlation test was used. All tests adopted a significance level of $p \leq 0.05$. **Results:** 47 caregivers and their respective elderly were evaluated. Most were below 60 years old (70.2%), female (87.2%), married (61.7%), had children (59.6%) and lived in the same household as the elderly (70.2%). The care, in daily hours, varied from three to 24 hours, with 89.4% of the participants reporting the absence of previous training for this function. When comparing the means of the categorical variables of the caregiver with the Zarit scale, there was an average of 22.17 for caregivers who had not been trained and 42.80 for those who had. In the correlation analysis using the Zarit scale, there was a positive correlation between the caregiver's burden and the elderly's care days, that is, the burden increases as care is offered on more days of the week ($p = 0.05$). The Coping, Self-Control and Acceptance of Responsibility factors were the only ones with statistically significant predictors: in decreasing order of importance, frailty ($\beta = 0.32$, $p = 0.023$, in the Self-control factor, and $\beta = 0.30$, $p = 0.042$, in Acceptance of Responsibility) was the most important predictor variable, indicating that the increase in frailty results in higher coping scores in these dimensions. **Conclusion:** In the overload analysis, the Zarit scale obtained a minimum score of three and a maximum of 64, with an average of 24.26%. From the coping strategies used, Self-control and Acceptance of responsibility prevailed, and were followed by Confrontation, Problem solving and Positive reassessment.

Keywords: 1. Coping strategies. 2. Aged. 3. Caregiver. 4. Burden 5. Gerontological nursing.

RESUMEN

ALMEIDA, V.C. **Estrategias de afrontamiento utilizadas por cuidadores de adultos mayores frágiles y no frágiles.** 2021.103p. Tesis (Maestría – Programa de Post-Grado en Enfermería Fundamental) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Introducción: La fragilidad en los adultos mayores y el deterioro del estado físico y mental influyen en la relación adulto mayor / cuidador y en la forma en que el cuidador afronta situaciones estresantes. Por estas repercusiones, han sido temas de gran relevancia en el escenario de la Geriátrica y la Gerontología. **Objetivo:** Evaluar las estrategias de sobrecarga y afrontamiento de los cuidadores familiares en el cuidado de adultos mayores frágiles y no frágiles en un servicio público del interior de São Paulo. **Método:** Estudio transversal, de análisis descriptivo y analítico, desarrollado con cuidadores y sus respectivos adultos mayores, seguido en un consultorio de geriátrica de una unidad de salud de una ciudad de São Paulo. Los principales instrumentos utilizados con los adultos mayores fueron el indicador de fragilidad de Tilburg, el índice de Barthel y la escala de Lawton y Brody. Para la evaluación del cuidador se utilizó la Escala de Sobrecarga de Zarit y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento de Folkman y Lazarus. Los datos se ingresaron en el programa Microsoft Excel®. Los promedios de los cuidadores con y sin carga se compararon mediante la prueba t de Student. Para relacionar la variable de resultado con las variables exploratorias, además de la regresión lineal, se utilizó la prueba de Correlación de Pearson. Todas las pruebas adoptaron un nivel de significancia de $p \leq 0.05$. **Resultados:** Se evaluaron 47 cuidadores y sus respectivos adultos mayores. La mayoría eran menores de 60 años (70,2%), mujeres (87,2%), estado civil casado (61,7%), hijos (59,6%) y vivían en el mismo hogar que los adultos mayores (70,2%). La atención, en horas diarias, varió de tres a 24 horas, con el 89,4% de los participantes refiriendo la ausencia de entrenamiento previo para esta función. Al comparar los promedios de las variables categóricas del cuidador con la escala de Zarit, se obtuvo un promedio de 22,17 para los cuidadores que no habían sido capacitados y 42,80 para los que sí. En el análisis de correlación mediante la escala de Zarit, hubo una correlación positiva entre la sobrecarga del cuidador y los días de cuidado del adulto mayor, es decir, la sobrecarga aumenta a medida que se ofrece el cuidado en más días de la semana ($p = 0,05$). Los factores Afrontamiento, Autocontrol y Aceptación de Responsabilidad fueron los únicos con predictores estadísticamente significativos: en orden decreciente de importancia, la fragilidad ($\beta = 0.32$, $p = 0.023$, en el factor Autocontrol, y $\beta = 0.30$, $p = 0.042$, en Aceptación de Responsabilidad) fue la variable predictora más importante, lo que indica que el aumento en la fragilidad resulta en puntajes de afrontamiento más altos en estas dimensiones. **Conclusión:** En el análisis de sobrecarga, la escala de Zarit obtuvo una puntuación mínima de tres y máxima de 64, con una media de 24,26%. De las estrategias de afrontamiento empleadas, predominaron el Autocontrol y la Aceptación de la responsabilidad, seguidas de la Confrontación, la Resolución de Problemas y la Revaloración Positiva.

Palabras clave: 1. Estrategias de afrontamiento. 2. Ancianos. 3. Cuidador. 4. Sobrecarga. 5. Enfermería gerontológica.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos cuidadores, segundo dados sociodemográficos (nº=47). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019-2020.	37
Tabela 2	Caracterização dos idosos, segundo dados sociodemográficos e avaliação da capacidade funcional (nº=47). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019-2020.	38
Tabela 3	Caracterização dos idosos, segundo dados de doenças/problemas de saúde autorreferidas (nº=47). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019-2020.	39
Tabela 4	Caracterização dos cuidadores, segundo dados temporal de cuidado, Escala de sobrecarga de Zarit e Inventário de Estratégias de <i>coping</i> (nº=47). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019-2020.	40
Tabela 5	Correlação de Pearson referente à Escala de sobrecarga de ZARIT (nº=47). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019-2020.	41
Tabela 6	Correlação de Pearson entre os Fatores do Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> e variáveis do idoso e do cuidador (nº=47). Ribeirão Preto, SP, 2019-2020.	42
Tabela 7	Correlação de Pearson referente à Escala de sobrecarga de ZARIT (nº=47). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019-2020.	44

Tabela 8	Teste t das variáveis categóricas do idoso e do cuidador, segundo os Fatores do Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> (nº=47). Ribeirão Preto, SP, 2019-2020.	46
Tabela 9	Regressão linear múltipla, em relação aos desfechos dos fatores do Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> e como preditores as atividades básicas de vida diária do idoso (ABVD), sua fragilidade e a sobrecarga do cuidador (nº=47). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019-2020.	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVDs	Atividades de Vida Diária
ABVDs	Atividades Básica de Vida Diária
AIVDs	Atividades Instrumentais de Vida Diária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
SRQ-20	Self-reporting questionnaire
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NUPEGG	Núcleo de Pesquisa em Geriátrica e Gerontologia
OMS	Organização Mundial da Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFI	Tilburg Frailty Indicator
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. OBJETIVO	25
2.1 Objetivo Geral.....	26
2.2 Objetivos Específicos.....	26
3. MÉTODO	27
3.1 Critérios de inclusão do estudo	28
3.1.1 Critérios de inclusão do idoso.....	28
3.1.2 Critérios de inclusão do cuidador.....	28
3.2 Variáveis do estudo.....	28
3.3 Coleta de dados	29
3.4 Instrumentos para coleta de dados	30
3.5 Processamento e análise dos dados.....	34
3.6 Procedimentos éticos	35
4. RESULTADOS	36
5. DISCUSSÃO	54
6. CONCLUSÃO	67
7. REFERÊNCIAS	69
APÊNDICE.....	78
ANEXOS	83

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade em todos os países. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2020, haverá um total de 200 milhões de idosos, com previsão de chegar a 310 milhões em 2050 (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 2012). No Brasil, estima-se que os idosos representem 29,3% da população total em 2050, o que deixaria o país na sexta posição no cenário mundial, com aproximadamente 40% de todo o contingente de idosos da América Latina (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017). Estimativas mais recentes preveem, para 2060, um crescimento ainda maior desta parcela da população, podendo chegar a 73,5 milhões, o equivalente a 32,2% da população brasileira (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018).

O relatório do *World Population Ageing* publicado pela United Nations (2017) estima que o número de pessoas acima de 60 anos deva crescer 56% entre 2015 e 2030, isto é, passar de 901 milhões para 1,4 bilhões. Por volta de 2050, a população de idosos está projetada para cerca de 2,1 bilhões (BEARD et al., 2016; UNITED NATIONS, 2017).

No Brasil, este processo também ocorre em ritmo acelerado, tem provocado modificações nas políticas sociais e já é considerado um dos grandes desafios de Saúde Pública (DUQUE et al., 2012). O aumento da expectativa de vida mundial, reflexo dos avanços nas ciências da saúde, gera a diminuição das taxas de natalidade e mortalidade, o que interfere diretamente no envelhecimento populacional (BRASIL, 2006; CAMARANO; KANSO, 2009).

A OMS considera idoso indivíduos com 65 anos ou mais em países desenvolvidos e, naqueles em desenvolvimento, pessoas com 60 anos ou mais (OMS, 2002). No Brasil, o Estatuto do Idoso, instituído pela Lei 10.741, em 1 de Outubro de 2003, classifica como idoso aqueles que possuem 60 anos ou mais (BRASIL, 2003). Em 2017, algumas alterações feitas no Estatuto do Idoso garantiram prioridade especial para idosos com 80 anos ou mais. A Lei 13.466, de 12 de Julho de 2017, reforçou essa prioridade, ao determinar que idosos maiores de 80 anos tenham suas necessidades preferencialmente atendidas em relação aos demais. Em relação aos atendimentos de saúde, os idosos com 80 anos ou mais também têm preferência especial sobre os demais, exceto em casos de emergência (BRASIL, 2017).

O envelhecimento humano consiste em um processo dinâmico, progressivo,

multifocal e multidimensional, ao longo do qual ocorrem alterações anatômicas, fisiológicas, bioquímicas, psicológicas e sociais. Essas alterações podem acarretar perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, aumentando a sua vulnerabilidade a problemas ou agravos de saúde (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2000; PAPALÉO NETTO, 2007).

O idoso possui características particulares e bem estabelecidas. Comumente apresenta doenças crônicas, maior procura pelos serviços de saúde, hospitalizações e fragilidades. Por esses motivos, demandam cuidados contínuos, acompanhamentos sucessivos, uso de fármacos, exames e procedimentos periódicos (VERAS; OLIVEIRA, 2016)

Atrelado a isso, tem-se observado o crescente aumento de idosos com a síndrome da fragilidade, o que torna premente o fortalecimento das estratégias de atenção específica para o idoso frágil ou em estado pré-frágil. A síndrome da fragilidade em idosos e o declínio do seu estado cognitivo emergem como grandes preocupações na atualidade (LEONARDO et al., 2014). A presença de populações cada vez mais longevas pode levar a um aumento do número de idosos fragilizados, pois quanto maior a faixa etária, maiores os índices de vulnerabilidade de adoecimento e as disfuncionalidades (MARIGLIANO et al., 2015).

A fragilidade é considerada uma síndrome com maior prevalência no envelhecimento. Pode ocasionar maior vulnerabilidade, incapacidade funcional, risco de quedas, dependência, evolução de doenças crônicas, hospitalização e mortalidade (ALVES et al., 2007; BONARDI; AZEVEDO e SOUZA; MORAES, 2007).

Nos dias atuais, apesar da reconhecida relevância deste tema, não há um modelo internacionalmente aceito para definir e identificar fragilidade em idosos. Entretanto, um grupo de experts de seis grandes centros internacionais (norte-americanos e europeus) de estudo sobre fragilidade divulgou o seguinte consenso: a fragilidade física é uma síndrome médica importante, de causa multifatorial, caracterizada por diminuição da força, resistência e função fisiológica, o que aumenta a vulnerabilidade do indivíduo para maior dependência e/ou morte. O grupo recomenda que a fragilidade seja prevenida ou tratada com exercícios, suplementação proteico-calórica, vitamina D e redução da polifarmácia. Orienta ainda que toda pessoa com 70 anos e perda de peso significativa (5%) devido à doença crônica seja rastreada para fragilidade. Testes simples e rápidos de rastreio

têm sido desenvolvidos e validados para permitir o reconhecimento objetivo da pessoa frágil (MORLEY et al., 2013).

Nota-se, portanto, que esta síndrome tem sido tratada como um importante evento de saúde pública, pois se associa a desfechos adversos de saúde, tais como declínio funcional, dependência, quedas recorrentes, fraturas, institucionalização, hospitalização e mortalidade de idosos de ambos os sexos (CAWTHON et al., 2007; ENSRUD et al., 2007; FERRUCCI et al., 2004). Há indícios de que o comprometimento da capacidade funcional da pessoa idosa pode ter relação com a fragilidade e, além disso, de que apresenta implicações importantes para este indivíduo, sua família, comunidade e sistema de saúde, uma vez que ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos (ALVES et al., 2007).

A capacidade funcional pode ser definida como a conservação das disposições físicas e mentais do idoso, indispensáveis para execução de atividades da vida diária (AVDs) com autonomia e independência (GORDILHO et al., 2000). Para a Organização das Nações Unidas (ONU), a saúde do idoso é melhor avaliada em termos de função, entendendo-a como a capacidade de executar, de forma autônoma e independente, as ações mais ou menos complexas que compõem as atividades básicas (ABVDs) e instrumentais da vida diária (AIVDs) (ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, 2002).

As ABVDs são as atividades relacionadas ao autocuidado, tais como alimentar-se, banhar-se, vestir-se, ser continente, autotransferência e ida ao vaso sanitário (DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009). Já as AIVDs englobam ações mais complexas, como a participação social, incluindo o ato de fazer compras, usar o telefone, dirigir e usar transporte coletivo (LAWTON; BRODY, 1969).

A capacidade funcional deve ser entendida como um novo conceito de saúde a ser utilizado na atenção ao idoso (GORDILHO et al., 2000), portanto, uma importante ferramenta a ser incorporada nas estratégias direcionadas à saúde da pessoa idosa.

Os instrumentos desenvolvidos para determinar o grau de dependência do idoso geralmente dividem este conceito em três níveis: dependência leve, se o indivíduo apenas precisa de alguma supervisão; dependência moderada, quando demanda supervisão e apoio de outra pessoa para executar as atividades da vida

diária; e dependência severa, se não possui a capacidade de executar as atividades sozinho, necessitando sempre da ajuda de um cuidador (CUSTÓDIO, 2011).

Com o avançar dos anos, sabe-se que o indivíduo pode apresentar limitações visuais, auditivas, motoras e intelectuais, assim como o surgimento e agravamento de doenças crônicas não transmissíveis, podendo ocasionar incapacidade funcional, principalmente na execução das atividades do cotidiano (FIEDLER; PERES, 2008). Tais especificidades podem levar os idosos à dependência de terceiros e, na maioria dos casos, são os cônjuges e filhos que assumem esta responsabilidade. Este fato, inclusive, foi explicitado pelo censo demográfico de 2010, segundo o qual a maioria dos idosos brasileiros vive com a família, sendo seus integrantes os principais provedores de cuidados. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011).

A Política Nacional de Saúde do Idoso define cuidador da seguinte maneira:

Cuidador é a pessoa, membro ou não da família que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício das suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços requeridos no cotidiano, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados como profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área de enfermagem. (BRASIL, 1999).

Dependendo da existência ou não de remuneração, o cuidador pode ser classificado como formal ou informal. O cuidador informal é um familiar ou amigo próximo da família, que exerce este trabalho de forma voluntária e não é remunerado/assalariado (KARSCH, 2003). O cuidador formal é um profissional, muitas vezes de enfermagem, contratado e remunerado pela família para cuidar e auxiliar nas necessidades do idoso; esse cuidador cumpre uma carga horária preestabelecida (KARSCH, 2003). Importante ressaltar que o cuidador formal nem sempre é um profissional capacitado para desempenhar esta função (KARSCH, 2003; TERRA, 2015).

O cuidador pode ser também classificado como principal ou secundário, e isso dependerá do tempo de cuidado ofertado ao idoso. O cuidador principal é aquele que permanece um período maior com idoso, cuidando por mais horas diárias. Geralmente, o cuidador principal é o responsável por acompanhar o idoso em atendimentos de saúde. Já o cuidador secundário cuida do idoso ocasionalmente,

sobretudo nos momentos em que o cuidador principal está indisponível (OLIVEIRA et al., 2008).

O trabalho prestado pelo cuidador auxilia a família, a sociedade e o Estado. É importante para a família, por cuidar de um membro adoecido e/ou dependente, responsabilizando-se socialmente por esse indivíduo. Para o Estado, o cuidador colabora na medida em que seu trabalho permite reduzir o número de hospitalizações e a demanda de cuidados da equipe de saúde (SOUZA, 2017).

No entanto, apesar desses benefícios para o idoso, família e sociedade, estudos mostram que o indivíduo, após assumir o papel de cuidador, passa a apresentar declínio na sua qualidade de vida, com comprometimentos nos âmbitos físico, psicológico, social e financeiro (LIN; FEE; WU, 2012; PINQUART; SORENSEN, 2003). Atrelado a isso, destaca-se o fato de muitas famílias “disponibilizarem” apenas um indivíduo como responsável pelo cuidado do idoso, o que impõe a este cuidador uma sobrecarga de atividades (CHACON et al., 2016).

A sobrecarga deve ser conceitualizada de maneira multidimensional, inclusive sob a perspectiva biopsicossocial, pois é resultado da busca de um equilíbrio entre o tempo disponível para o cuidado, o gerenciamento dos recursos financeiros, fatores físicos, psicológicos e sociais, atribuições e distribuição de papéis (MORAIS et al., 2012).

A sobrecarga manifesta-se por alterações somáticas, geralmente com queixas físicas como cefaleia tensional, fadiga crônica, alterações no ciclo sono-vigília, algia do tipo mecânico no aparelho locomotor, dores musculares e articulares e transtornos psíquicos; esses sintomas podem ser expressos por desordens como ansiedade, depressão e insônia (GRATAO et al., 2012; SCAZUFCA; MENEZES; ALMEIDA, 2002; SOUZA, 2017). O desenvolvimento de sintomas psiquiátricos em decorrência da sobrecarga do cuidado pode levar ao uso de medicamentos psicotrópicos, sendo esta uma situação preocupante, pois prejudica a saúde do cuidador e, por conseguinte, pode levar a incapacidades no cuidado do idoso (MARQUES; RODRIGUES; KUSUMOTA, 2006). É possível que o cuidador apresente ambiguidade de emoções, uma vez que pode experimentar sentimentos de satisfação pelo cuidado e/ou sentimentos negativos como tristeza, solidão, impotência e preocupação (HEDLER et al., 2016).

Estudo evidenciou relação entre o trabalho dos cuidadores e a sobrecarga, mostrando que, na maioria das vezes, um membro da família do sexo feminino,

adulto, assume esta função. Acresce-se que as mulheres, na idade adulta, costumam desempenhar diversos papéis sociais (mãe, esposa, dona de casa), além de outras funções na sociedade, com o trabalho fora de casa (GRATAO et al., 2012).

Cuidadores (informais) que exercem funções trabalhistas fora de casa tendem a apresentar dificuldades para manter a pontualidade e assiduidade, dada a necessidade de acompanhar o idoso em consultas ou imprevistos de saúde (HEDLER et al, 2016). Além disso, a dependência do idoso, com consequente comprometimento nas atividades de vida diária, é preditor para a sobrecarga do cuidador. Não raro, esse cuidado é ininterrupto, sem pausa para descanso e lazer, e a ausência do segundo cuidador para ajudar nesta tarefa pode causar sentimentos de isolamento pela diminuição dos vínculos afetivos (BORN, 2008; GRATÃO et al., 2012; HEDLER et al., 2016). Nesse sentido, os cuidadores profissionais, aqueles habilitados para o cuidado, podem auxiliar na prevenção e diminuição da sobrecarga dos cuidadores informais, na medida em que identificam sistematicamente fatores de risco para a sobrecarga. Esses profissionais podem sugerir, precocemente, intervenções para aliviar a carga dos cuidadores informais, orientando-os também a respeito das alterações do processo de envelhecimento e, assim, ajudando-os em desafios futuros (MELLO et al., 2017).

Cuidadores formais ou informais necessitam de suporte profissional e de um ambiente para compartilhamento de inseguranças para fortalecimento do conhecimento. A atenção integral à saúde do cuidador precisa assumir um caráter de avaliação das necessidades de saúde dessas pessoas e de planejamento, bem como incluir a avaliação sistemática das intervenções relacionadas ao cuidado das pessoas de forma individualizada, a partir das particularidades (DINIZ et al., 2018).

No processo de cuidar do idoso, o cuidador se depara com situações diversas no domicílio que causam sobrecarga e estresse, tanto pela falta de um ambiente adequado quanto pela necessidade de atender prontamente o idoso em diferentes estágios do processo saúde/doença.

Lazarus e Folkman (1984) discorrem sobre as condições para esse enfrentamento. A primeira delas refere-se a uma apropriação do contexto específico onde este cuidado é prestado, o que inclui saber o que o cuidador faz, sente ou pensa. A segunda condição diz respeito aos modos de enfrentamento acionados pelo cuidador diante das situações vivenciadas, e a terceira ao tipo de

enfrentamento utilizado ao longo do processo de cuidar do idoso.

De modo geral, o cuidador deve utilizar técnicas ou estratégias para minimizar os efeitos do estresse e dos eventos estressores. O termo estresse foi citado pela primeira vez em 1936, pela fisiologista Hans Selye, para se referir a uma resposta inespecífica do organismo diante de uma situação estressante. É definido como um estímulo, muitas vezes estressor, tal como um choque de laboratório ou perda do emprego. Pode, também, ser caracterizado como uma resposta a alguma excitação fisiológica ou afeto negativo, especialmente ansiedade. Estresse psicológico e o processo de enfrentamento foi definido como uma interação da pessoa com o ambiente, e consequente resultados, de forma que é avaliado se naquele momento a situação foi considerada como estressora. (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

O enfrentamento da situação estressante (*Coping*) como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais direcionados para o controle de necessidades específicas, sendo esta uma resposta do indivíduo a situações que o sobrecarregam ou ultrapassam seus recursos pessoais (Lazarus e Folkman; 1991). Na utilização do *Coping*, o indivíduo reúne sentimentos, pensamentos e comportamentos com a finalidade de manter um estado psicológico o mais equilibrado possível diante de qualquer ameaça (Lisboa et al., 2002). O *Coping* tem duas funções principais: gerenciamento ou alteração do evento estressor, neste caso, o enfrentamento está focalizado no problema. A segunda característica funcional corresponde ao controle, redução ou eliminação das respostas emocionais ao evento estressor; esse enfrentamento está centralizado na emoção, sendo paliativo. O sujeito procura reduzir o estresse mediante a resolução ou o manejo do problema, com o objetivo de retornar à normalidade (LAZARUS; FOLKMAN, 1991).

Alguns estudiosos que avaliam o processo do *Coping* descrevem as seguintes fases: primeiramente o indivíduo avalia que uma determinada situação requer habilidades psicocomportamentais específicas, das quais ele pode não dispor (FOLKMAN; MOSKOWITZ, 2004). A etapa seguinte é a de estresse, consequência desta autoavaliação. O estresse ocasiona no organismo sinais e sintomas que levam ao passo seguinte: a utilização de determinadas estratégias de *Coping* com o objetivo de modificar a situação estressora ou a maneira como ela o afeta (FOLKMAN; MOSKOWITZ, 2004). Se a estratégia escolhida for eficaz, obtém-se a resolubilidade da situação, mas, por outro lado, se as estratégias empregadas

forem inadequadas e ineficazes, a situação estressora permanecerá sem resolução e os sentimentos negativos devem pendurar (RAMOS, 2001).

Dois fatores determinam a escolha de uma estratégia de *Coping*: os recursos pessoais internos e os recursos pessoais externos. Nos recursos pessoais internos, são reveladas as aptidões pessoais, experiências de vida, crenças, valores, competência para resolução de problemas e, neste caso, o conhecimento a respeito do indivíduo que está sendo cuidado. Ainda no primeiro fator podem ser incluídas as diversas características de personalidade que tornam os indivíduos mais ou menos resistentes ao estresse, como autoestima, inteligência emocional, humor, otimismo, autocontrole, dentre outras. Já os recursos pessoais externos podem ser determinados pela situação causadora do estresse, que pode ocorrer por razões financeiras, pelo suporte social insuficiente e (dificuldade de acesso a serviços de saúde e sociais (NOLAN; GRANT; KEADY, 1996).

No cuidado do idoso dependente, a família e o cuidador enfrentam constantes (re)adaptações, situações de crise e estresse, decorrentes de sobrecarga física, emocional, social, familiar e econômica. Neste contexto, saber utilizar corretamente as estratégias de enfrentamento é fundamental, pois podem atenuar os efeitos negativos deste processo e favorecer a ressignificação dos problemas enfrentados (MINGOTE et al., 2021; PEIXOTO; MACHADO, 2016; PEREIRA, 2013).

Estudo de Jesus, Orlandi e Zazzetta (2018) comparou o nível de sobrecarga dos cuidadores de acordo com o perfil sociodemográfico e concluiu que, de modo geral, ela está associada a outros fatores externos, como o desempenho em outras atividades pessoais e até mesmo profissionais.

Estudos a esse respeito ainda são limitados do ponto de vista quantitativo. Observa-se, tanto na literatura nacional como internacional, escassez de estudos que avaliam as estratégias de *Coping* utilizadas por cuidadores de idosos para aliviar a sobrecarga. Assim, considera-se relevante o presente estudo, não apenas por fornecer subsídios para pesquisas futuras, minimizando a lacuna existente, como pela possibilidade de auxiliar o trabalho dos cuidadores de idosos, com benefícios também nas condições de vida e saúde desse grupo.

Diante do exposto, e tendo em vista a importância dessa temática, este estudo pauta-se na importância de investigar métodos e estratégias que permitam verificar a sobrecarga e, por sua vez, as estratégias de *Coping* utilizadas por cuidadores de idosos diante desta condição. Acredita-se que este conhecimento será válido para

incentivar mudanças de comportamentos entre os cuidadores, no sentido de reduzir a sobrecarga e o estresse por eles vivenciados, bem como de promover a utilização de estratégias mais eficazes. Ademais, o estudo contribuirá para divulgação dos dados e sensibilização de profissionais da saúde no que se refere tanto ao gerenciamento de problemas durante o atendimento de idosos e seus cuidadores quanto ao incentivo de práticas saudáveis.

Assim, pontuadas as diversas justificativas para o desenvolvimento do presente estudo e diante das inúmeras e crescentes situações em que se constata sobrecarga dos cuidadores no processo de cuidar dos idosos, questiona-se: Qual é o nível de sobrecarga e quais são as estratégias de *Coping* utilizadas pelos cuidadores familiares no cuidado de idosos frágeis e não frágeis acompanhados em um serviço público do interior paulista?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a sobrecarga e as estratégias de *Coping* utilizadas pelos cuidadores familiares no cuidado de idosos frágeis e não frágeis acompanhados em um serviço público do interior paulista.

2.2 Objetivos Específicos

1. Caracterizar os cuidadores e os idosos quanto aos dados sociodemográficos e clínicos;
2. Determinar a capacidade funcional e a prevalência da fragilidade nos idosos;
3. Determinar a sobrecarga e as estratégias de *Coping* utilizadas pelos cuidadores familiares no cuidado de idosos;
4. Analisar a relação entre as estratégias de *Coping* utilizadas e a sobrecarga do cuidador, conforme o nível de dependência e fragilidade do idoso.

3. MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, de análise descritiva e analítica, realizado com cuidadores familiares e seus respectivos idosos, acompanhados no Ambulatório de Geriatria de uma unidade de saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo.

3.1 Critérios de inclusão do estudo

3.1.1 Critérios de inclusão do idoso

- Ter idade igual ou acima de 60 anos;
- Ter cuidador familiar;
- Idosos de ambos os sexos;
- Ser usuário do Ambulatório de Geriatria.

3.1.2 Critérios de inclusão do cuidador

- Cuidador familiar, ambos os sexos, maiores de 18 anos.

3.2 Variáveis do estudo

- **Variável dependente:**

Enfrentamento do cuidador (*Coping*), mensurado a partir do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus (1985).

- **Variáveis independentes: idoso**

- Sexo: masculino e feminino;
- Idade: em anos completos, agrupados em faixas etárias de cinco em cinco anos (60-65; 66-69; 70-74; 75-79 e 80 anos e mais), categorizados como idosos mais jovens (60-79) e idosos mais velhos (80 anos e mais);
- Escolaridade: em anos completos de aprovação na escolaridade formal; posteriormente, fez-se a classificação por categorias, tais como não escolarizado (zero anos), 1-4 anos, 5-8 anos, 9-11 anos e 12 anos de estudo;
- Estado civil: definido como solteiro, casado, divorciado/desquitado, separado e viúvo; posteriormente houve categorização em com companheiro (casado) e sem companheiro (solteiro, divorciado/desquitado, separado e viúvo);
- Renda do idoso: representada em reais (R\$), correspondente ao rendimento total do idoso no mês que antecedeu a entrevista/consulta de enfermagem;
- Aposentado: classificação sim (aposentado) e não (não aposentado);
- Moradia: classificado em mora sozinho sim (), não ();
- Cuidador: sim (), não (), se sim, quem é o cuidador: _____
- Morbidades autorreferidas;

- Fragilidade: mensurada por meio do Indicador de fragilidade de Tilburg, validado para a cultura brasileira;
- Atividades Básicas da Vida Diária - Avaliada pelo Índice de Barthel, utilizando-se a pontuação total e as categorias dessa escala na avaliação do idoso;
- Atividade Instrumental da Vida Diária: Avaliada pela Escala de Lawton e Brody (AIVDs), utilizando-se a pontuação total e as categorias dessa escala na avaliação do idoso.

- **Variáveis independentes: cuidador**

- Grau de parentesco: esposo(a), filho (a), irmão (a), neto (a), genro (nora), cunhado (a), outro;
- Sexo: masculino e feminino;
- Idade: em anos completos;
- Estado civil: definido como solteiro, casado, divorciado/desquitado, separado e viúvo; posteriormente fez-se a categorização em com companheiro (casado) e sem companheiro (solteiro, divorciado/desquitado, separado e viúvo);
- Escolaridade: em anos completos de aprovação na escolaridade formal;
- Vive com o idoso: sim ou não;
- Sobrecarga: mensurada a partir da Escala de Sobrecarga de Zarit, traduzida e validada para a cultura brasileira;
- *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20).

3.3 Coleta de dados

A coleta de dados com os cuidadores que acompanharam os idosos nas consultas e exames na unidade de saúde ocorreu no período de novembro de 2019 a fevereiro de 2020. Esta etapa foi realizada com apoio da equipe do Núcleo de Pesquisa em Geriatria e Gerontologia (NUPEGG) da EERP-USP. Alunos de graduação e pós-graduação inseridos no NUPEGG foram previamente capacitados pela orientadora do estudo e pesquisadora responsável para a abordagem e aplicação dos diferentes instrumentos de coleta utilizados nesta pesquisa.

3.4 Instrumentos para coleta de dados

A. IDOSO:

1. Instrumento contendo informações pessoais e perfil social, elaborado pelo NUPEGG da EERP em 2006, para abordar as seguintes informações: sexo (masculino e feminino); idade (em anos completos); estado civil (solteiro, casado, separado, divorciado ou viúvo); renda do idoso (renda líquida, em reais); escolaridade (em anos de estudos formais); número de filhos, com quantas pessoas o idoso vive, se é aposentado (sim e não) e se tem ou não cuidador.
2. Instrumento contendo informações do estilo de vida, elaborado pelo NUPEGG da EERP em 2006, abordando as informações e características do consumo álcool e cigarro.
3. Morbidades autorreferidas: categorizadas em sim/não, incluindo: ansiedade, artrose, asma, audição prejudicada, câncer, diabetes, depressão, acidente vascular cerebral, doença cardíaca, doença gastrointestinal, doença vascular periférica, doença neurológica, hipertensão arterial, incontinência urinária, insônia, obesidade, osteoporose, prisão de ventre, problemas na coluna, catarata e tontura.
4. Escala de avaliação de fragilidade de Tilburg: Gobbens et al. (2010b) elaboraram o *Tilburg Frailty Indicator* (TFI), um questionário de autorrelato composto pelos domínios de fragilidade física, psicológica e social. O TFI foi adaptado transculturalmente e validado para o Brasil por Santiago et al. (2012). Contém 15 questões distribuídas nos seguintes itens: físico (8 questões), envolvendo saúde, perda de peso, dificuldade para caminhar, manter o equilíbrio, fraqueza, cansaço, visão e audição; psicológico (4 questões), para avaliar cognição, presença de sintomas depressivos, ansiedade e enfrentamento; e social (3 questões), referente a relações sociais e suporte social. A pontuação na escala varia de zero a 15 pontos. Quanto maior a pontuação, maior o nível de fragilidade, ou, alternativamente, escores ≥ 5 pontos indicam fragilidade no idoso (GOBBENS et al., 2010b).
5. Avaliação das Atividades Básicas da Vida Diária: o Índice de Barthel (MAHONEY; BARTHEL, 1965) avalia o nível de independência do indivíduo para a realização de 10 atividades básicas da vida diária (ABVDs). Foi traduzido e validado

no Brasil, com sensibilidade de 92,7% e especificidade de 65,2% (MINOSSO et al., 2010). Tem como finalidade avaliar o grau de independência em relação às seguintes atividades: alimentação, banho, higiene pessoal, controle de esfíncter intestinal, controle do esfíncter uretral, uso do sanitário, transferência da cama para a cadeira e vice-versa, vestir-se e despir-se, mobilidade e subir e descer escadas. Sua pontuação varia de 0 a 100 pontos; quanto menor a pontuação, maior o grau de dependência (MINOSSO et al., 2010). Para classificação pela pontuação, Azeredo e Matos (2003) propõem que: total de 0-20 indica dependência total; 21-60 dependência grave; 61-90 dependência moderada; 91-99 dependência muito leve; e 100 independência.

6. Avaliação das Atividades Instrumentais da Vida Diária: a Escala de Lawton e Brody (1969) adaptada para o contexto brasileiro por Santos e Virtuoso Junior (2008) avalia a capacidade do indivíduo conviver na comunidade com base em atividades sociais mais complexas, isto é, atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), organizadas nos seguintes itens: usar o telefone; transporte; fazer compras; preparar alimentos; realizar tarefas domésticas; manuseio de medicação; e lidar com dinheiro. Há três respostas possíveis às perguntas: independente, dependência parcial ou dependente. Essas respostas consistem, respectivamente, nas seguintes possibilidades: sem ajuda, com ajuda parcial e incapaz de realizar a atividade. A pontuação desta escala varia de sete (maior nível de dependência) a 21 pontos (independência completa), e o idoso pode ser categorizado em dependência total (7 pontos); dependência parcial (8– 20); e independência (21 pontos), quando capaz de desempenhar todas as AIVD, sem qualquer tipo de assistência (SANTOS, VIRTUOSO JR, 2008). Na adaptação brasileira, foi realizada a confiabilidade por meio de um estudo transversal com uma amostra por conveniência de 16 mulheres, entre 60 e 89 anos. Em relação à reprodutividade, o estudo encontrou $r = 0,89$ e, para a objetividade, $r = 0,80$, verificando um índice quase perfeito e um intervalo de confiança significativo para os dois casos (SANTOS; VIRTUOSO JUNIOR, 2008).

B. CUIDADOR:

1. Utilizado o instrumento elaborado pelo NUPEGG da EERP da USP contendo informações como grau de parentesco (esposo(a), filho (a), irmão (o), neto (a), genro(nora), cunhado (a), outro); dados pessoais como sexo (masculino e feminino);

idade (em anos completos); estado civil (solteiro, casado, separado, divorciado ou viúvo); vive como idoso; escolaridade; se é o cuidador principal, cuidadores secundários; tempo de cuidado, número de dias e horas dispensados ao cuidado; renda; número de filhos; se possui treinamento ou curso em instituição formal.

2. Para avaliar e classificar a sobrecarga entre os cuidadores utilizou-se a Escala de Sobrecarga de Zarit (Escala Burden Interview - 1986), traduzida e validada para a cultura brasileira por Scazufca, Menezes e Almeida (2002). A escala possui 22 itens que avaliam saúde física e emocional, vida social e pessoal, relações interpessoais e situação financeira, nos quais o entrevistador assinala a alternativa que melhor expressa a frequência com que o cuidador sente o que é questionado (nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente ou sempre). A pontuação de cada resposta varia de 0 a 4, respectivamente. As opções de respostas para o último item da escala diferem das anteriores, pois, nelas, o cuidador informa a opção que melhor demonstra o quanto ele se sente sobrecarregado na função de cuidador e utiliza a escala, tipo Likert, que possui as seguintes alternativas: nem um pouco, um pouco, moderadamente, muito e extremamente, com pontuação de 0 a 4, respectivamente. O total da escala é obtido mediante a soma de todos os itens e pode variar de 0 a 88. Quanto maior o escore, maior a evidência de sobrecarga gerada no cuidado (SCAZUFCA, 2002).

3. *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) utilizado para avaliar o desconforto emocional. Questionário de autorrelato, desenvolvido pela OMS e validado no Brasil por Mari e Williams (1986). O instrumento é composto por 20 questões dicotômicas (sim/não) e aborda sintomas emocionais e físicos associados a quadros psiquiátricos. A resposta “sim” tem pontuação um (1) e “não” há pontuação zero (0). A pontuação total varia de 0 a 20, e quanto maior a frequência de respostas sim, maior nível de estresse emocional pode ser interpretado (MARI; WILLIAMS, 1986). O estudo de Santos; Araújo; Pinho et al. (2010) avaliou os indicadores de validade e determinou o melhor ponto de corte para a classificação na população brasileira. Identificou que a nota de corte de melhor desempenho foi ≥ 7 , com sensibilidade de 83% e especificidade de 80%, possuindo característica discriminante regular de Santos et al. (2010).

4. Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus (1985) é uma escala que contém 66 itens que englobam pensamentos e ações utilizados pelos indivíduos para lidar com os processos internos ou externos de um evento estressante específico. A escala pode ser aplicada por um entrevistador ou autopreenchida, mas, neste estudo, manteve-se a primeira opção. O cuidador elege uma situação estressora específica, e o entrevistador questiona a frequência com que esta situação ocorre utilizando uma escala tipo Likert ordinal de 4 pontos. Os escores mais altos indicam o maior uso da estratégia. O cuidador tem as seguintes opções de resposta: (0) não usei essa estratégia; (1) usei um pouco; (2) usei bastante; e (3) usei em grande quantidade. O Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus foi validado para o Brasil (SAVOIA; SANTANA; MEJIAS, 1996) e, após análise fatorial, no processo de validação, os autores propuseram oito fatores que correspondem às escalas de estratégias de *Coping* e são definidos como:

Fator 1 – Confronto: são estratégias ofensivas para o enfrentamento da situação, utilizadas quando o indivíduo apresenta uma atitude ativa em relação ao evento estressor. Nem sempre as estratégias envolvidas no confronto levam a resultados positivos, como, por exemplo, fazer coisas que não são orientadas pela equipe de saúde na tentativa de solucionar alguns problemas;

Fator 2 – Afastamento: são estratégias defensivas, em que o indivíduo evita confrontar-se com a ameaça e, portanto, não modifica a situação. Pode haver a negação da situação para si mesmo ou não levar em consideração a opinião de outras pessoas;

Fator 3 – Autocontrole: são os esforços do indivíduo em buscar o controle das emoções diante dos estímulos estressantes e não agir impulsivamente;

Fator 4 – Suporte social: está relacionado ao apoio encontrado nas pessoas e no ambiente. Apresenta três aspectos distintos: o primeiro refere-se à procura de apoio social para encontrar soluções, o segundo ao apoio de amigos e familiares e, por fim, o terceiro ao apoio dos profissionais;

Fator 5 – Aceitação de responsabilidade: nesta estratégia o indivíduo aceita a realidade e engaja-se no processo de lidar com a situação estressante;

Fator 6 – Fuga-esquiva: consiste em fantasiar possíveis soluções para o problema sem, no entanto, tomar atitudes para de fato modificá-las. São os esforços para evitar e/ou escapar do fator estressante;

Fator 7 – Resolução de problemas: pressupõe o planejamento adequado para lidar

com a situação estressante. Em vez de anular ou afastar-se da situação estressante, o indivíduo opta por resolver o problema modificando suas atitudes, sendo capaz de lidar com as pressões das pessoas e do ambiente, diminuindo ou eliminando a fonte geradora de estresse;

Fator 8 – Reavaliação positiva: refere-se ao controle das emoções que estão relacionadas à tristeza como forma de reinterpretação, crescimento e mudança pessoal diante da situação conflitante.

Vale lembrar que cada fator avalia a extensão com que o indivíduo utiliza determinada estratégia de *Coping* para lidar com a situação estressora. (Damião et al., 2009).

Os autores Savoia, Santana e Mejias, (1996) calcularam os escores totais em cada sessão do Inventário, Total do Teste e Total do Reteste, bem como os escores para cada fator (obtidos pela análise fatorial). O coeficiente de correlação obtido entre os escores totais do teste e reteste foi de 0,704. Quanto ao método das metades, todas as correlações obtidas apresentaram nível descritivo $p < 0,001$, indicando uma boa consistência interna. O Fator 4 (Suporte social) obteve a maior correlação e, consequentemente, o maior coeficiente de precisão, estimado pela fórmula de Spearman e Brown (0,663 e 0,797, respectivamente). Os menores valores encontrados foram referentes ao Fator 3 (Autocontrole), com 0,282 (correlação) e 0,440 (coeficiente de precisão).

Os itens do Inventário de Estratégias de *Coping* são agrupados da seguinte forma: Fator 1 - Confronto (itens 46, 7, 17, 28, 34 e 6); Fator 2 - Afastamento (itens 44, 13, 41, 21, 15 e 12); Fator 3 - Autocontrole (itens 14, 43, 10, 35, 54, 62 e 63); Fator 4 - Suporte social (itens 8, 31, 42, 45, 18 e 22); Fator 5 - Aceitação de responsabilidade (itens 9, 29, 51 e 25); Fator 6 - Fuga-esquiva (itens 58, 11, 59, 33, 40, 50, 47 e 16); Fator 7 - Resolução de problemas (itens 49, 26, 1, 39, 48 e 52); e Fator 8 - Reavaliação positiva (itens 23, 30, 36, 38, 60, 56 e 20) (SAVOIA; SANTANA; MEJIAS, 1996).

3.5 Processamento e análise dos dados

Os dados foram digitados no programa Microsoft Excel®. Após codificação de todas as variáveis em um dicionário, elaborou-se uma planilha de dados que foi alimentada por técnica de validação por dupla-entrada. Concluídas a digitação e a consistência dos dados, os mesmos foram importados para o aplicativo Statistical Package for the Social Science for Windows - SPSS v 22.0.

Todas as variáveis foram submetidas à análise estatística. Para as variáveis qualitativas, foram utilizadas medidas de frequência absoluta; para as variáveis categóricas, medidas relativas; e para as variáveis quantitativas, medidas de tendência central (média, mediana, mínimo e máximo) e de variabilidade (amplitude e desvio-padrão).

Foram analisadas comparação entre médias entre aqueles com e sem sobrecarga por meio do Teste t Student. Para relacionar a variável-desfecho com as variáveis exploratórias foram utilizados regressão linear e teste de Correlação de Pearson. Quando os pré-requisitos para a utilização dos testes paramétricos não foram atendidos, aplicou-se teste não paramétrico (Teste Man Withney). Todos os testes adotaram nível de significância de $p \leq 0.05$.

3.6 Procedimentos éticos

O projeto foi encaminhado e aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto e, a seguir, pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP).

O desenvolvimento do estudo obedeceu às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos previstas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado sob o número CAAE 24520919.2.0000.5393. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido pelo pesquisador responsável na presença dos participantes, conforme também determina a Resolução. No TCLE estavam descritas informações sobre o objetivo da pesquisa, sigilo dos dados pessoais, ausência de gastos por parte dos voluntários e o direito de negar a participação ou interrompê-la em qualquer fase da pesquisa. Antes do início de todas as consultas/entrevistas, O TCLE foi assinado pelo idoso e pelo cuidador/familiar do idoso em duas vias, sendo uma delas entregue ao entrevistado.

4. RESULTADOS

Foram avaliados 47 cuidadores e os respectivos idosos por eles cuidados. A maioria apresentou idade inferior a 60 anos (70,2%), era do sexo feminino (87,2%), estado civil casado (61,7%), filhos (59,6%) e vivia no mesmo domicílio que o idoso (70,2%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização dos cuidadores segundo dados sociodemográficos (n=47).
Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019-2020.

Características do cuidador	Nº	%	Mín – Máx	Média (DP)
Sexo				
Feminino	41	87,2		
Masculino	6	12,8		
Grupo etário (em anos)			19-74	52,51 (12,74)
Menor que 60	33	70,2		
60 ou mais	14	29,8		
Estado civil				
Solteiro	9	19,1		
Casado	29	61,7		
Divorciado	5	10,6		
Separado	2	4,3		
Viúvo	2	4,3		
Escolaridade			2 – 30	9,66 (5,29)
Renda			0 – 5000	1254,04 (1281,12)
Parentesco				
Esposo/a	8	17,0		
Filho/a	28	59,6		
Neto/a	1	2,1		
Genro/Nora	6	12,8		
Outro	4	8,5		
Vive como idoso?				
Sim	33	70,2		
Não/	14	29,8		

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

Verificou-se maior percentual de idosos entrevistados no grupo etário de 60 a 79 anos de idade (61,7%). A idade mínima foi de 60 anos e a máxima de 105 anos. Em relação ao sexo, prevaleceram idosos do sexo feminino (55,3%). Os estados civis

viúvo (44,7%) e casado (40,4%) foram predominantes. Negaram o consumo de álcool e tabaco 70,2% e 85,1% dos idosos, respectivamente. De acordo com a escala de Tilburg, 70,2% dos idosos foram classificados como frágeis e 74,5% da amostra precisavam de ajuda nas Atividade Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização dos idosos segundo dados sociodemográficos e avaliação da capacidade funcional (n=47). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019-2020.

Características do idoso	Nº	%	Mín – Máx	Média (DP)
Grupo etário (em anos)			60- 105	77,64 (8,984)
60 – 79	29	61,7		
80 ou mais	18	38,3		
Sexo				
Feminino	26	55,3		
Masculino	21	44,7		
Estado civil				
Solteiro	2	4,3		
Casado	19	40,4		
Divorciado	2	4,3		
Separado	2	4,3		
Viúvo	21	44,7		
Outro	1	2,1		
Consumo de álcool				
Não consome	33	70,2		
Consumia	6	12,8		
Consome	7	14,9		
Consumo de tabaco				
Não fuma	40	85,1		
Ex-fumante	4	8,5		
Fumante	2	4,3		
Tilburg			0 -13	6,40 (3,42)
Não frágil	14	29,8		
Frágil	33	70,2		
AIVD			7 -21	13,74 (4,75)
Independente	4	8,5		
Precisa de ajuda	35	74,5		
Dependente	8	17,0		
ABVD			10 -105	78,30 (25,22)

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

Dentre as doenças/problemas de saúde identificados nos idosos, a hipertensão arterial sistêmica foi prevalente (72,3%), seguida de diabetes mellitus (38,3%), sintomas depressivos (34,0%) e catarata (34,0%) (Tabela 3). A média das doenças/problemas de saúde foi de 5,15, com desvio-padrão de 4,207, variando de uma a 17 doenças/problemas de saúde referidos.

Tabela 3 – Caracterização dos idosos segundo doenças/problemas de saúde autorreferidos (n=47). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019-2020.

Doenças autorreferidas	Categoria	Nº	%
Ansiedade	Sim	10	21,3
	Não	37	78,7
Artrose	Sim	15	31,9
	Não	32	68,1
Asma	Sim	4	8,5
	Não	43	91,5
Audição prejudicada	Sim	9	19,1
	Não	38	80,9
Câncer	Sim	7	14,9
	Não	40	85,1
Diabetes	Sim	18	38,3
	Não	29	61,7
Depressão	Sim	16	34,0
	Não	31	66,0
Acidente Vascular Cerebral	Sim	7	14,9
	Não	40	85,1
Doença cardíaca	Sim	13	27,7
	Não	34	72,3
Doença gastrointestinal	Sim	7	14,9
	Não	40	85,1
Doença vascular periférica	Sim	5	10,6
	Não	42	89,4
Doença neurológica	Sim	11	23,4
	Não	36	76,6
Hipertensão arterial	Sim	34	72,3
	Não	13	27,7
Incontinência urinária	Sim	11	23,4
	Não	36	76,6
Insônia	Sim	12	25,5

	Não	35	74,5
Obesidade	Sim	6	12,8
	Não	41	87,2
Osteoporose	Sim	8	17,0
	Não	39	83,0
Prisão de ventre	Sim	10	21,3
	Não	37	78,7
Problemas na coluna	Sim	11	23,4
	Não	36	76,6
Catarata	Sim	16	34,0
	Não	31	66,0
Tontura	Sim	10	21,3
	Não	37	78,7

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

Em relação ao tempo cuidando do idoso, variou de menos de um ano a 35 anos. O cuidado prestado em dias da semana obteve frequência mínima de dois dias e máxima de sete dias. Quanto ao cuidado em horas diárias, variou de três a 24 horas. A grande maioria (89,4%) relatou não possuir treinamento prévio para oferecer este cuidado (Tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização dos cuidadores segundo dados temporais de cuidado, Escala de sobrecarga de Zarit e Inventário de Estratégias de *Coping* (n=47). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019-2020.

Características do cuidador	Nº	%	Mín – Máx	Média (DP)
Tempo que cuida do idoso			0 – 35	6,84 (7,61)
Cuidado em dias da semana			2 – 7	6,47 (1,33)
Horas diárias de cuidado			3 – 24	15,19 (8,81)
Teve treinamento para o cuidado?				
sim	05	10,6		
não	42	89,4		
Escala de ZARIT			3 - 64	24,26 (13,95)
Estratégias de <i>Coping</i>				
Confronto			1 - 14	6,13 (3,03)
Afastamento			0 - 15	7,32 (3,81)
Autocontrole			3 - 16	9,72 (3,21)

Suporte social	3 -18	10,23 (4,30)
Aceitação de responsabilidade	0-11	3,85 (3,16)
Fuga-esquiva	0-19	7,21 (5,35)
Resolução de problemas	2-18	10,43 (4,24)
Reavaliação positiva	4 -17	12,30 (3,16)

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

Na análise relacionada à escala de Zarit, verificou-se correlação positiva entre sobrecarga do cuidador e dias de cuidado do idoso, ou seja, a sobrecarga aumenta à medida que o cuidado é ofertado em mais dias da semana ($p=0,05$).

Tabela 5 – Correlação de Pearson referente à Escala de sobrecarga de ZARIT (n=47).
Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019-2020.

Zarit – Sobrecarga	Correlação de Pearson	p*
Idade do idoso	-0,13	0,35
Total de doenças	0,01	0,94
Total Tilburg	0,02	0,87
Total AIVD	-0,19	0,20
Total ABVD	-0,25	0,07
Idade do cuidador	0,17	0,25
Tempo de cuidado do idoso	-0,07	0,62
Cuidado em dias	0,28	0,05
Cuidado em horas	0,08	0,57
COPING		
Total Fator Confronto	0,06	0,65
Total Fator Afastamento	0,23	0,10
Total Fator Autocontrole	0,27	0,06
Total Fator Suporte social	0,01	0,90
Total Fator Aceitação de responsabilidade	0,10	0,50
Total Fator Fuga-esquiva	0,10	0,48
Total Fator Resolução de problemas	-0,05	0,73
Total Fator Reavaliação positiva	0,22	0,12

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

* correlação de Pearson

Na comparação das médias das variáveis categóricas do idoso e do cuidador com a escala de Zarit, não foi identificada diferença da sobrecarga do cuidador, com as variáveis do idoso. Entretanto, na comparação das médias das variáveis

categóricas do cuidador com a escala de Zarit, verificou-se que o treinamento prévio ($p < 0,05$) apresentou média de 22,17 para os cuidadores que não tiveram treinamento e de 42,80 para aqueles que tiveram (Tabela 6).

Tabela 6 – Teste t relacionado às variáveis categóricas do idoso e do cuidador com a escala de sobrecarga de Zarit ($n=47$). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019-2020.

Categorias	Variável	Média (DP)	p
IDOSO			
Sexo	Feminino	22,65 (13,09)	0,36
	Masculino	26,48 (15,00)	
Diabetes mellitus	Não	21,55 (10,71)	0,08
	Sim	28,89 (17,39)	
Depressão	Não	25,32 (15,00)	0,48
	Sim	22,50 (11,87)	
Hipertensão arterial	Não	22,38 (13,20)	0,54
	Sim	25,12 (14,34)	
Problemas de coluna	Não	24,64 (13,91)	0,81
	Sim	23,45 (14,72)	
Catarata	Não	23,48 (14,10)	0,55
	Sim	26,06 (13,95)	
Tilburg	Não frágil	25,14 (12,54)	0,79
	Frágil	24,03 (14,68)	
CUIDADOR			
Sexo	Feminino	24,85 (13,40)	0,63
	Masculino	21,00 (18,37)	
Estado civil	Com companheiro	25,14 (15,33)	0,61
	Sem companheiro	23,11 (11,70)	
Teve treinamento	Não	22,17 (12,78)	0,00
	Sim	42,80 (9,44)	
Artrose	Não	24,06 (14,96)	0,81
	Sim	25,00 (11,96)	
Vive com o idoso	Não	26,07 (14,43)	0,59
	Sim	23,64 (13,90)	

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

Na tabela 7, apresenta-se a correlação de Pearson entre os Fatores do Inventário de Estratégias de *Coping* e as variáveis do idoso e do cuidador.

No fator Confronto, evidencia-se significância estatística com AIVD ($r = -0,28$; $p < 0,05$) e o fator Afastamento ($r = -0,29$; $p < 0,04$).

Referente ao fator Autocontrole da Escala Inventário de Estratégias de *Coping*, houve correlações estatisticamente significativas com a escala de fragilidade de Tilburg ($r = 0,30$; $p < 0,03$), idade do cuidador ($r = 0,31$; $p < 0,03$), horas de cuidado diário ($r = 0,34$; $p < 0,01$) e Resolução de problemas. Contudo, com a idade do idoso ($r = 0,30$; $p < 0,04$) essas correlações foram moderadas.

Verificou-se, de acordo com o referencial teórico adotado de Polit (1996), que as correlações variaram entre fracas e moderadas. Para esse autor, a interpretação das análises de correlação permite as seguintes classificações: $0 \leq |rs| < 0,3$ = correlação fraca; $0,3 \leq |rs| < 0,7$ = correlação moderada; $0,7 \leq |rs| \leq 1$ = correlação forte.

As demais variáveis não foram estatisticamente significativas, incluindo as correlações com desconforto emocional, no escore total SQR-20.

Tabela 7 – Correlação de Pearson entre os Fatores do Inventário de Estratégias de *Coping* e as variáveis do idoso e do cuidador (n=47). Ribeirão Preto, SP, 2019-2020

Variáveis	Confronto		Afastamento		Autocontrole		Suporte social		Aceitação de responsabilidade		Fuga-esquiva		Resolução de problemas		Reavaliação positiva	
	Correlação	P	Correlação	P	Correlação	P	Correlação	P	Correlação	P	Correlação	P	Correlação	P	Correlação	P
Sobrecarga do cuidador	0,06	0,65	0,23	0,10	0,27	0,06	0,01	0,90	0,10	0,50	0,10	0,48	-0,05	0,73	0,22	0,12
Idade idoso	0,11	0,44	-0,05	0,72	0,12	0,41	0,16	0,26	0,07	0,59	-0,05	0,70	0,30	0,04	0,06	0,65
Nº doenças	-0,04	0,76	-0,03	0,84	0,04	0,78	-0,10	0,48	0,12	0,41	0,26	0,06	-0,19	0,20	0,09	0,51
Fragilidade	0,14	0,34	0,05	0,73	0,30	0,03	0,26	0,07	0,25	0,08	0,24	0,09	0,03	0,82	0,22	0,13
AIVD	-0,28	0,05	-0,29	0,04	-0,20	0,17	-0,15	0,29	-0,08	0,59	-0,22	0,13	-0,14	0,32	-0,20	0,15
ABVD	-0,11	0,43	-0,14	0,31	-0,03	0,80	0,02	0,86	0,07	0,60	-0,23	0,11	0,06	0,68	-0,00	0,95
Idade cuidador	0,07	0,63	0,12	0,39	0,31	0,03	-0,02	0,85	-0,00	0,98	-0,09	0,54	0,10	0,46	0,03	0,84
Tempo de cuidado	0,13	0,35	-0,15	0,30	-0,06	0,67	0,15	0,31	0,12	0,40	-0,05	0,74	0,11	0,44	0,12	0,41
Cuidado em dias	0,05	0,71	0,22	0,13	0,11	0,43	-0,23	0,10	0,23	0,10	0,18	0,22	-0,00	0,97	0,26	0,07
Cuidado em horas	0,01	0,94	0,16	0,26	0,34	0,01	-0,25	0,08	0,19	0,20	-0,00	0,96	0,11	0,43	0,24	0,09
T. SRQ-20	0,03	0,81	0,04	0,75	0,26	0,07	0,19	0,19	-0,09	0,53	0,27	0,06	-0,16	0,27	0,05	0,71

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

Nota: * $P < 0,05$

A Tabela 8 apresenta os resultados do Teste de normalidade e do Teste T das variáveis categóricas do idoso e do cuidador, com base nos oitos Fatores do Inventário de Estratégias de *Coping*.

Na análise das variáveis sexo do idoso e hipertensão arterial foi identificada significância estatística ($p < 0,05$) para os fatores Aceitação de responsabilidade.

Tabela 8 – Teste t das variáveis categóricas do idoso e do cuidador, segundo os Fatores do Inventário de Estratégias de *Coping* (n=47). Ribeirão Preto, SP, 2019-2020.

Variáveis	Categorias	Confronto				Afastamento				Autocontrole				Suporte social			
		Nº	Mediana	Média (DP)	P*	Nº	Mediana	Média (DP)	P*	Nº	Mediana	Média (DP)	P*	Nº	Mediana	Média (DP)	P*
IDOSO																	
Sexo	Feminino	26	6,5	6,77 (2,99)	0,10	26	8	7,65 (4,13)	0,50	26	10	10,04 (3,18)	0,46	26	11,5	10,23 (4,34)	0,99
	Masculino	21	5	5,33 (2,95)		21	6	6,90 (3,41)		21	9	9,33 (3,29)		21	9	10,24 (4,35)	
Diabetes	Não	29	6	5,52 (3,00)	0,07	29	7	6,90 (4,18)	0,30	29	9	9,45 (3,70)	0,46	29	11	10,17 (4,39)	0,90
	Sim	18	8	7,11 (2,88)		18	8,5	8,00 (3,10)		18	10	10,17 (2,22)		18	9,5	10,33 (4,28)	
Depressão	Não	31	7	6,03 (2,83)	0,78	31	7	7,35 (3,92)	0,92	31	10	9,65 (3,18)	0,82	31	11	10,52 (4,43)	0,52
	Sim	16	5,5	6,31 (3,47)		16	7,5	7,25 (3,69)		16	10	9,88 (3,36)		16	9	9,69 (4,12)	
Hipertensão arterial	Não	13	5	4,85 (2,30)	0,04	13	6	6,54 (4,03)	0,41	13	9	8,38(3,07)	0,08	13	12	10,77 (4,26)	0,60
	Sim	34	6,5	6,62 (3,16)		34	8	7,62 (3,74)		34	10	10,24 (3,16)		34	9	10,03 (4,36)	

Problemas de coluna	Não	36	7	6,47 (3,25)	0,16	36	8	7,64 (3,78)	0,3 1	36	10	9,86 (3,10)	0,63	36	11	10,47 (3,93)	0,57
	Sim	11	5	5,00 (1,84)		11	6	6,27 (3,87)		11	10	9,27 (3,69)		11	8	9,45 (5,50)	
Catarata	Não	31	6	6,16 (2,85)	0,92	31	7	7,29 (3,90)	0,9 4	31	10	9,65 (3,08)	0,82	31	12	10,65 (4,43)	0,35
	Sim	16	6	6,06 (3,45)		16	8	7,38 (3,75)		16	10	9,88 (3,55)		16	8,5	9,44 (4,04)	
Fragilidade	Não frágil	14	4,5	5,00 (2,93)	0,10	14	8	7,50 (4,46)	0,8 5	14	8	8,29 (3,87)	0,08	14	8	9,14 (4,24)	0,26
	Frágil	33	6	6,61 (2,98)		33	7	7,24 (3,57)		33	10	10,33 (2,73)		33	11	10,70 (4,31)	

Continua...

Tabela 8 – Continuação.

Variáveis	Categorias	Aceitação de responsabilidade				Fuga-esquiva				Resolução de problemas				Reavaliação positiva			
		Nº	Mediana	Média (DP)	P*	Nº	Mediana	Média (DP)	P*	Nº	Mediana	Média (DP)	P*	Nº	Mediana	Média (DP)	P*
IDOSO																	
Sexo	Feminino	26	6	4,69 (3,13)	0,04 *	26	8	7,81 (5,89)	0,3 9	26	12	11,50 (4,13)	0,0 5	26	13,5	12,81 (2,95)	0,23
	Masculino	21	3	2,81 (2,96)		21	7	6,48 (4,62)		21	9	9,10 (4,08)		21	12	11,67 (3,36)	
Diabetes	Não	29	3	3,28 (3,18)	0,11	29	8	6,97 (5,30)	0,6 9	29	10	10,21 (4,00)	0,6 7	29	12	11,83 (3,30)	0,18
	Sim	18	4,5	4,78 (3,00)		18	7,5	7,61 (5,56)		18	11,5	10,78 (4,69)		18	14	13,06 (2,83)	
Depressão	Não	31	3	3,58 (3,17)	0,42	31	8	6,42 (4,50)	0,2 1	31	11	10,55 (4,07)	0,7 9	31	12	12,39 (2,83)	0,81
	Sim	16	4,5	4,38 (3,20)		16	7,5	8,75 (6,59)		16	9,5	10,19 (4,67)		16	12,5	12,13 (3,81)	
Hipertensão arterial	Não	13	2	2,23 (2,45)	0,03 *	13	3	4,92 (4,29)	0,0 4	13	10	9,85 (3,02)	0,5 6	13	12	12,31 (2,78)	0,98
	Sim	34	5	4,47 (3,22)		34	8	8,09 (5,51)		34	11	10,65 (4,64)		34	12,5	12,29 (3,33)	

Problemas de coluna	Não	36	3	3,75 (3,27)	0,68	36	7	6,92 (5,19)	0,5 3	36	11	10,86 (4,14)	0,2 3	36	12,5	12,39 (3,09)	0,74
	Sim	11	4	4,18 (2,92)		11	8	8,18 (6,01)		11	9	9,00 (4,45)		11	12	12,00 (3,52)	
Catarata	Não	31	3	3,71 (3,38)	0,67	31	7	6,35 (4,91)	0,1 5	31	11	11,16 (3,97)	0,1 1	31	13	12,19 (3,22)	0,75
	Sim	16	3	4,13 (2,77)		16	9	8,88 (5,92)		16	8,5	9,00 (4,50)		16	12	12,50 (3,12)	
Fragilidade	não frágil	14	3	2,79 (2,51)	0,09	14	6	5,50 (3,59)	0,0 8	14	10	9,79 (4,28)	0,5 1	14	11	11,00 (3,46)	0,09
	frágil	33	4	4,30 (3,34)		33	8	7,94 (5,84)		33	11	10,70 (4,26)		33	13	12,85 (2,90)	

* Teste Man Withney

Tabela 8 – Continuação.

Variáveis	Categorias	Confronto				Afastamento				Autocontrole				Suporte social			
		Nº	Mediana	Média (DP)	P*	Nº	Mediana	Média (DP)	P*	Nº	Mediana	Média (DP)	P*	Nº	Mediana	Média (DP)	P*
CUIDADOR																	
Sexo	Feminino	41	6,00	6,17 (3,08)	0,8 0	41	7,00	7,34 (3,72)	0,93	41	10,0	9,66 (3,23)	0,7 3	41	10,0	10,22 (4,26)	0,9 5
	Masculino	6	6,00	5,83 (2,92)		6	8,00	7,17 (4,75)		6	11,5	10,17 (3,31)		6	9,50	10,33 (5,00)	
Estado civil	Com companheiro	29	6,00	5,86 (2,81)	0,4 7	29	8,00	7,41 (3,97)	0,82	29	9,00	9,28 (3,31)	0,2 2	29	9,00	9,83 (4,26)	0,4 2
	Sem companheiro	18	6,50	6,56 (3,39)		18	7,00	7,17 (3,63)		18	10,0	10,44 (2,99)		18	12,0	10,89 (4,40)	
Treinamento	Não	42	6,00	6,05 (3,16)	0,4 1	42	7,00	6,83 (3,66)	0,01	42	10,0	9,57 (3,23)	0,3 7	42	11,0	10,38 (4,42)	0,4 2
	Sim	5	7,00	6,80 (1,64)		5	10,0	11,40 (2,51)		5	9,00	11,00 (3,08)		5	9,00	9,00 (3,24)	

Tabela 8 – Conclusão.

Variáveis	Categorias	Aceitação de responsabilidade				Fuga-esquiva				Resolução de problemas				Reavaliação positiva			
		Nº	Mediana	Média (DP)	P*	Nº	Mediana	Média (DP)	P*	Nº	Mediana	Média (DP)	P*	Nº	Mediana	Média (DP)	P*
CUIDADOR																	
Sexo	Feminino	41	3,00	3,68 (3,07)	0,4 5	41	7,00	7,12 (5,56)	0,70	41	11,0 0	10,49 (4,31)	0, 79	41	12,0 0	12,29 (3,31)	0,9 6
	Masculino	6	6,00	5,00 (3,89)		6	8,00	7,83 (3,86)		6	10,5 0	10,00 (4,05)		6	12,5 0	12,33 (2,06)	
Estado civil	Com companheiro	29	3,00	3,38 (3,22)	0,1 9	29	8,00	6,97 (4,49)	0,69	29	11,0 0	10,00 (4,66)	0, 35	29	12,0 0	11,55 (3,32)	0,0 2
	Sem companheiro	18	5,00	4,61 (3,01)		18	6,00	7,61 (6,63)		18	11,0 0	11,11 (3,46)		18	13,5 0	13,50 (2,52)	
Treinamento	Não	42	3,50	3,95 (3,27)	0,5 3	42	7,50	7,00 (4,87)	0,43	42	10,5 0	10,48 (4,13)	0, 86	42	12,0 0	11,93 (3,11)	0,0 0
	Sim	5	3,00	3,00 (2,12)		5	9,00	9,00 (9,00)		5	12,0 0	10,00 (5,61)		5	15,0 0	15,40 (1,51)	

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

Nota: * $P < 0,05$

A Tabela 9 apresenta o resultado da análise de regressão linear múltipla, tendo como desfecho o fator de enfrentamento e, como preditores, as atividades básicas de vida diária do idoso (ABVD), fragilidade e sobrecarga do cuidador. A inclusão desses três preditores apresenta relevância conceitual, bem como a literatura, já que as dificuldades do idoso em desenvolver suas atividades diárias e um maior nível de fragilidade poderiam acentuar a sobrecarga do cuidador.

De fato, os fatores de enfrentamento Autocontrole e Aceitação de responsabilidade foram os únicos com preditores estatisticamente significativos: em ordem decrescente de importância, a fragilidade ($\beta = 0,32$, $p = 0,023$, no fator Autocontrole, e $\beta = 0,30$, $p = 0,042$, em Aceitação de responsabilidade) foi a variável preditora mais importante. Isso indica que o aumento da fragilidade resulta em maiores escores de enfrentamento nessas dimensões. Ademais, no fator Autocontrole, a variável Sobrecarga também foi estatisticamente significativa, embora seu impacto seja pequeno ($\beta = 0,07$, $p = 0,04$). Ainda que os coeficientes da variável ABVD sejam negativos em alguns casos, indicando que o aumento da dependência funcional exigiria maior enfrentamento, sua influência, neste estudo, não foi estatisticamente significativa.

Tabela 9 - Regressão linear múltipla tendo como desfechos os fatores do Inventário de Estratégias de *Coping* e, como preditores, as atividades básicas de vida diária do idoso (ABVD), sua fragilidade e a sobrecarga do cuidador (nº=47). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019-2020.

Fatores do <i>Coping</i>	ABVD do idoso		Fragilidade do idoso		Sobrecarga do cuidador	
	β	p	β	p	β	p
Confronto	-0,008	0,683	0,105	0,461	0,010	0,771
Afastamento	-0,013	0,588	0,020	0,909	0,058	0,171
Autocontrole	0,019	0,319	0,324	0,023	0,069	0,041
Suporte social	0,023	0,396	0,387	0,052	0,014	0,766
Aceitação de responsabilidade	0,028	0,169	0,296	0,042	0,034	0,320
Fuga-esquiva	-0,033	0,339	0,307	0,208	0,023	0,690
Resolução de problemas	0,012	0,670	0,070	0,726	-0,010	0,834
Reavaliação positiva	0,018	0,369	0,243	0,090	0,058	0,092

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

5. DISCUSSÃO

A temática do cuidado do idoso por um familiar vem apresentando grande repercussão no espaço da academia, fortalecida pelo movimento da assistência à saúde no domicílio. Além disso, este cuidado tem grande impacto no sistema de saúde, por reduzir a demanda de idosos por atendimento. Sendo assim, este estudo ganha importância, na medida em que avalia a sobrecarga e as estratégias de *Coping* utilizadas pelos cuidadores familiares no cuidado de idosos frágeis e não frágeis em um serviço público do interior paulista.

Os resultados do estudo mostraram predomínio de entrevistados na faixa etária de 60 a 79 anos de idade, a maioria do sexo feminino e viúvos. A predominância do sexo feminino foi relatada em outros estudos realizados no Brasil (CUSTÓDIO, 2011; FERNANDES et al., 2013; FHON et al., 2012; LEMOS et al., 2006). O maior número de idosos do sexo feminino corrobora resultado de outra pesquisa, a qual evidenciou maior parcela de mulheres na composição da população idosa brasileira comparada à de homens (CAMARANO et al., 2004). Esse predomínio pode ser explicado pela maior longevidade das mulheres, cuja expectativa de vida é, de modo geral, sete anos maior em relação aos homens (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

No que diz respeito à situação conjugal, a prevalência de idosos viúvos assemelha-se ao descrito na literatura (MELLO et al., 2017; PEDRAZZI et al., 2010).

Em estudo com 381 idosos para avaliar o perfil sociodemográfico e clínico de idosos diabéticos e/ou hipertensos acompanhados pelas equipes de Saúde da Família sob a perspectiva do gênero, verificaram que 59,5% não consumiam bebida alcoólica, 18,8% consumiam e 21,7% eram ex-etilistas (SILVA et al., 2018). Os autores observaram número considerável de idosos que consumiam ou que já tinham consumido diariamente bebida alcoólica (34,1%). A respeito do uso de tabaco, apenas 9,8% dos idosos fumavam, 33,4% eram ex-tabagistas e a maioria (56,8%) nunca havia fumado. Do total da amostra, 3,2% tinham começado a fumar recentemente. Entre os tabagistas, mais da metade tentou parar de fumar, sem sucesso. Esses dados corroboram o presente estudo, pois o percentual de negação de consumo de álcool (70,2%) identificado também foi maior em relação ao consumo (14,9%) e ao ex-consumo (12,8%). O mesmo ocorreu em relação ao uso de tabaco: não fumavam (85,1%), eram ex-fumantes (8,5%) e fumantes (4,3%).

Sobre a avaliação da capacidade funcional, o presente estudo identificou, para as AIVDs, 8,5% de idosos independentes, 74,5% precisando de ajuda e 17,0%

dependentes nas atividades instrumentais de vida diária. Para as ABVDs, foram obtidos escores mínimo de 10 e máximo de 105, com média de 78,30.

Estudo analítico e transversal com o objetivo de avaliar a influência das morbidades crônicas na capacidade funcional de 272 idosos encontrou associações estatísticas significativas para dependência, somente nas avaliações de AIVD (GAVASSO; BELTRAME, 2017). Observou-se que a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus não influenciaram a dependência dos idosos, visto que, neste grupo, a maioria que relatou possuir doenças crônicas foi classificada como independente. A prevalência de independência foi de 84,2% nas ABVD e de 70,2% nas AIVD, demonstrando que os idosos deste estudo foram, na maioria, independentes em ambas as avaliações. Observou-se ainda, na distribuição da frequência do grau de dependência de acordo com a escala de Katz e de Lawton (ABVD e AIVD), que a frequência de independência é maior nas ABVD, variando de 91,8% a 96,5%, do que nas AIVD, que variou de 75,7% a 88,2%. (GAVASSO; BELTRAME, 2017).

Em relação à avaliação do grau de independência para as ABVDs, Anjos et al. (2017) verificaram, de um total de 71 idosos avaliados, que 13 (18,3%) eram independentes e, destes, oito (11,4%) tinham entre 70 e 79 anos. Já entre os 58 (81,7%) idosos dependentes, 22 (30,8%) eram dependentes em cinco ou seis funções, sendo que as faixas etárias de 70 a 79 e de 80 a 89 foram as que mais apresentaram idosos dependentes.

Neste estudo houve predomínio de cuidadores com idade inferior a 60 anos, do sexo feminino, casados e filhos do idoso. Resultados semelhantes foram identificados em outros estudos nacionais (ANDRADE et al., 2019; GESUALDO, 2020; MOURA et al., 2019; SILVA et al., 2018; SOUZA et al., 2015).

Um estudo turco, que avaliou 131 idosos frágeis e seus respectivos cuidadores familiares, mostrou que a maioria dos cuidadores eram os filhos de idosos (62,6%), seguidos de seus cônjuges (22,1%) (GOK METIN et al., 2019). Em pesquisa com 4.175 idosos frágeis e seus cuidadores informais, Mello et al. (2017) evidenciaram que a maior parte destes eram filhos e cônjuges dos idosos. Em relação a viver ou não com o idoso, 70,2% dos idosos do presente estudo viviam no mesmo domicílio, diferentemente do observado na pesquisa de Mello et al. (2017), em que 60,7% deles não viviam com seus cuidadores informais.

Em relação às características sociodemográficas de escolaridade e renda, Anjos et al. (2017) verificaram que, na amostra de 71 cuidadores familiares, que 39,2% tinham o Ensino Fundamental incompleto e 25,2% eram analfabetos, 32,2% declararam não ter renda e 44,8% recebiam até um salário mínimo, com mediana de R\$172,00 (± 653). Destes, 29,5% recebiam somente o benefício Bolsa Família como fonte de renda. Garcia et al. (2020), realizaram um estudo com 20 cuidadores informais de idosos, identificaram que 35% possuíam o Ensino Fundamental (completo ou incompleto), 35% o Ensino Médio (completo ou incompleto) e 25% o Ensino Superior (completo ou incompleto). A maioria tinha renda mensal de 1 a 2 salários mínimos.

Já nas análises de Guerra et al. (2017), a maioria dos 95 cuidadores apresentava tempo menor ou igual a oito anos de estudo (50 - 52,6%) e 61 (64,2%) tinham renda familiar acima de um salário mínimo mensal.

Quanto à escolaridade, os resultados de Souza (2017) mostraram que, dos 45 cuidadores familiares de idosos dependentes, aqueles que possuíam de zero a cinco anos de estudo tinham, no máximo, Ensino Fundamental I completo; nesta faixa, a maior concentração foi de cuidadoras com Ensino Fundamental incompleto (dez cuidadoras) e havia uma cuidadora analfabeta. Cuidadoras com seis a 11 anos de estudo cursaram do Fundamental II incompleto ao Ensino Médio completo; o maior número de cuidadoras neste limite tinha Ensino Médio completo (11 cuidadoras). No limite superior (12 anos ou mais), estavam aquelas que possuíam cursos técnicos, superior incompleto ou completo e especialização, com maior concentração na formação técnica (cinco cuidadoras). Quanto à renda, as cuidadoras que não trabalhavam e possuíam renda mediante o recebimento de benefícios previdenciários eram aposentadas, pensionistas ou recebiam auxílio-doença. As 23 cuidadoras classificadas como desempregadas (37,78%) eram as que não possuíam renda e dedicavam-se exclusivamente aos cuidados do idoso.

A respeito da escolaridade do cuidador, o presente estudo evidenciou que a escolaridade, em anos de estudo formal, alcançou tempo mínimo de 2 anos e máximo de 30, com média de 9,66 anos. Já em relação à renda, o valor mensal recebido variou de zero a R\$ 5.000,00 porém não foi referida a forma de recebimento da renda.

Em amostra composta por 16 cuidadores de idosos portadores de doenças crônicas, a hipertensão arterial, diabetes mellitus e acidente vascular encefálico foram as morbidades mais mencionadas, respectivamente. (SIMONETTI; FERREIRA,

2008). Anjos et al. (2017), em estudo realizado no interior baiano com 71 idosos e seus cuidadores familiares, constataram, como principais comorbidades autodeclaradas, hipertensão arterial (58,8%), problemas cardíacos (15,4%), diabetes mellitus (12,6%) e problemas respiratórios (12,6%). No estudo de Silva et al. (2018), as comorbidades mais referidas pelos entrevistados foram hipertensão arterial (95,5%), diabetes mellitus (48,8%), doenças osteoarticulares (38,3%) e cardiopatias (25,5%). Outro estudo brasileiro revelou predomínio de diabetes mellitus e hipertensão arterial, seguidas de Alzheimer, Parkinson e osteoporose (CHAIMOWICZ, 2013). Esses achados corroboram a presente pesquisa, por evidenciarem que a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus são as morbidades mais prevalentes nos idosos.

No estudo em tela, a grande maioria dos cuidadores referiu não ter realizado treinamento prévio para o cuidado do idoso, achado similar ao encontrado no estudo de Vaz, Santos e Ferraz (2018), em que 87,8% dos 41 cuidadores participantes não possuíam curso de capacitação para o cuidar do idoso.

No estudo de Mello et al. (2017) desenvolvido com 4.175 idosos frágeis e seus cuidadores, 47,3% dos cuidadores prestavam o cuidado durante menos de 10 horas semanais, 29,7% de 10 a 29 horas semanais e 28,0% por mais de 29 horas semanais.

Outro estudo, com 95 cuidadores de usuários do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), identificou média de 36 meses na função de cuidador familiar. O tempo mínimo relatado pelos participantes foi de quatro meses e o máximo, de 408 meses, ou seja, 34 anos (GUERRA et al., 2017). Esse resultado é semelhante ao encontrado no presente estudo, em que foi relatada variância de um ano a 35 anos no tempo de cuidado prestado.

Tais achados são essenciais, pois explicitam que, apesar do Sistema de Saúde atender os idosos, a família que se dedica a este tipo de cuidado adquire experiência com o passar do tempo, e o tempo que ela precisará se dedicar a esta função será sempre singular, pois depende da demanda de cada idoso.

No estudo de GUERRA et al. (2017) para avaliar a sobrecarga de trabalho de 95 cuidadores de usuários vinculados ao SAD, os escores da *Zarit Burden Interview* variaram de 1 a 63 pontos, com média de pontuação de 33,83, indicando sobrecarga moderada de trabalho dos cuidadores. O presente estudo obteve os seguintes achados dos escores para a escala de Zarit: mínima de 3 e máxima de 64 pontos, com média de pontuação de 24,26.

Em estudo com 162 cuidadores informais, 43,8% deles referiram alto nível de sobrecarga medido pelo *Zarit Burden Interview* (PAREKH et al., 2017). Em outro estudo, 67,4% dos 86 cuidadores de idosos avaliados apresentavam sobrecarga: 43,1% de leve a moderada; 19,7% de moderada a severa; e 4,6% severa (JESUS; ORLANDI; ZAZZETTA, 2018).

Estudo qualitativo de Simonetti e Ferreira (2008) analisou as estratégias de *Coping* desenvolvidas por 16 cuidadores de idosos portadores de doenças crônicas e concluiu que a maioria delas era centrada na emoção. Os autores inferiram que isso acontecia por ser a única forma encontrada por essas pessoas para lidar com a situação estressora, uma vez que não era possível, por dificuldades financeiras, contratar outra pessoa para auxiliá-las neste cuidado. Ainda segundo os autores, o uso de estratégias focadas nas emoções permitia que os cuidadores amenizassem a situação de alguma forma, por meio da religião ou mediante renúncia da sua própria vontade (SIMONETTI; FERREIRA, 2008).

Neste estudo, a análise de correlação evidenciou significância estatística relacionada à escala de Zarit com o número de dias da semana dedicados ao cuidado do idoso. Dados relacionados a sobrecarga e o desconforto emocional foram apresentados no estudo de Gratao et al. (2012), realizado com 124 cuidadores, com o intuito de descrever a sobrecarga e o desconforto emocional por eles vivenciados. Após a análise da correlação de Pearson, os autores observaram que a idade do cuidador ($p < 0,05$) e as horas diárias de cuidado prestado durante a semana e aos finais de semana ($p < 0,05$), média de 12,4 horas e 12,3 horas, respectivamente, foram estatisticamente significantes relacionados à sobrecarga.

A sobrecarga advém de uma série de fatores, como o tempo do cuidado (em dias e anos), tipo de dependência do idoso, apoio desse cuidador e morbidades apresentadas pelo idoso, dentre outros.

A ausência de treinamento prévio, ou seja, a inexperiência no cuidado, pode acarretar prejuízos como maior hospitalização do idoso, além de ansiedade e problemas físicos ao cuidador (MARQUES; TEIXEIRA; SOUZA, 2012). Em contrapartida, os dados da presente pesquisa mostram que os cuidadores que relataram treinamento prévio possuíam maior risco de sobrecarga. Esse achado pode ser explicado pela maior preocupação do cuidador oferecer um cuidado de qualidade quando ele tem conhecimento para isso, o que, por vezes, o sobrecarrega.

Nas Tabelas 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19 e 21, foram apresentados os dados da correlação de Pearson para cada fator da Escala Inventário de Estratégias de *Coping*. Nesta etapa, foram analisadas as mesmas variáveis: total de sobrecarga de Zarit, idade do idoso, total de doenças, total de fragilidade de Tilburg, total de AIVD, total de ABVD, idade do cuidador, tempo de cuidado do idoso, cuidado em dias, cuidado em horas, Fator controle, Fator Afastamento, Fator Suporte social, Fator Aceitação de responsabilidade, Fator Fuga-esquiva, Fator Resolução de problemas e Fator Reavaliação positiva. Identificou-se que o fator **Controle**, conceituado como o enfrentamento da situação no qual o indivíduo apresenta uma atitude ativa em relação ao evento estressor, apresentou significância com Afastamento, Autocontrole, Suporte social, Aceitação de responsabilidade, Fuga-esquiva, Resolução de problemas e Reavaliação positiva.

No fator **Afastamento**, conceituado como estratégias defensivas em que o indivíduo evita confrontar-se com a ameaça e, portanto, não modifica a situação, neste caso, o cuidado, houve significância estatística na AIVD com os fatores Confronto, Autocontrole e Aceitação de responsabilidade.

No fator **Autocontrole**, definido como os esforços do indivíduo em buscar o controle das emoções diante de estímulos estressantes e não agir impulsivamente, identificou-se significância com a escala de fragilidade, idade do cuidador, horas de cuidado diário e os demais fatores da escala, como Confronto, Afastamento, Suporte social, Aceitação de responsabilidade, Fuga-esquiva, Resolução de problemas e Reavaliação positiva.

No fator **Suporte social**, relacionado com o apoio encontrado nas pessoas e no ambiente, evidenciou-se significância com os fatores Autocontrole e Aceitação de responsabilidade.

No fator **Aceitação de responsabilidade**, quando o indivíduo aceita a realidade e engaja-se no processo de lidar com a situação estressante, houve significância estatística com todos os fatores da Escala Inventário de Estratégias de *Coping*.

Na análise do fator **Fuga-esquiva**, que consiste em fantasiar possíveis soluções para o problema sem, no entanto, tomar atitudes para de fato modificá-las, identificou-se significância com Confronto, Autocontrole e Aceitação de responsabilidade.

A idade do idoso e os fatores Autocontrole, Aceitação de responsabilidade e Reavaliação positiva foram estatisticamente significantes na análise do fator **Resolução de problemas**. Este fator pressupõe o planejamento adequado para lidar com a situação estressante, no caso, o cuidado.

E, por último, no fator **Reavaliação positiva**, referente ao controle das emoções relacionadas à tristeza como forma de reinterpretação, crescimento e mudança pessoal a partir da situação conflitante, houve significância com os fatores Confronto, Autocontrole, Aceitação de responsabilidade e Resolução de problemas.

Nota-se que Autocontrole e Aceitação de responsabilidade foram as variáveis que mais se destacaram no estudo, seguidas de Confronto, Resolução de problemas e Reavaliação positiva.

Diante desses resultados, a análise de regressão linear tendo como desfecho as estratégias de *Coping* e, como preditores, as ABVD, fragilidade e sobrecarga do cuidador, revela que a fragilidade impacta no cotidiano do idoso, por comprometer o desenvolvimento de suas atividades diárias, o que se desdobra em maior sobrecarga do cuidador. Este, por sua vez, utiliza o Autocontrole e a Aceitação de responsabilidade para amenizar o estresse durante o processo de cuidar do idoso frágil.

Vários estudos têm investigado as estratégias utilizadas por cuidadores. O trabalho de Monteiro et al. (2018), objetivou revisar estudos a respeito das diferentes estratégias de enfrentamento utilizadas no cuidado de idosos com doença de Alzheimer. Os resultados apontaram predomínio de estratégias de *Coping* focadas na emoção, sobretudo Aceitação de responsabilidade e Reavaliação positiva. Imprescindível também destacar o humor e a religião como formas de enfrentamento focadas nas emoções. As estratégias com ênfase no problema citam-se as de maior frequência, na seguinte ordem: Confronto, Suporte social, Resolução do problema.

Em estudo longitudinal de um ano realizado na Espanha, Del-Pino-Casado et al. (2019) avaliaram as estratégias de enfrentamento e o sofrimento psíquico em amostra de 200 cuidadores familiares de idosos frágeis. A frequência das estratégias de enfrentamento variou de 10% a 99%, e as mais usadas foram Aceitação de responsabilidade e Suporte social. Na análise bivariada, os autores referiram que o sofrimento psicológico do cuidador na segunda etapa da coleta de dados apresentou significância negativa associada com as seguintes estratégias de enfrentamento: *Coping* pró-ativo ($r = -0,24$; $p = 0,001$), Reenquadramento positivo ($r = -0,41$; p

$<0,001$), Aceitação de responsabilidade ($r = -0,16$; $p = 0,03$), Suporte emocional ($r = -0,25$; $p = 0,001$) e Autodistração ($r = -0,22$; $p = 0,004$).

Os dados aqui apresentados também registraram grande utilização da estratégia de Aceitação de responsabilidade, como o estudo de Del-Pino-Casado et al. (2019). Entende-se que esta estratégia tem um significado importante tanto para o cuidador quanto para o idoso cuidado e a família, uma vez que o cuidador aceita a responsabilidade do cuidado e aprende a lidar com as diferentes situações do cotidiano. Os benefícios do uso desta estratégia são vistos no planejamento do cuidado do idoso e na forma de cuidar.

Outro estudo longitudinal, realizado em 2004 por Lin e Wu (2014), com cuidadores, examinou os padrões de enfrentamento utilizados por cuidadores familiares de idosos frágeis. Na amostra de 1.552 cuidadores, conversar com amigos ou parentes (77%), orar ou meditar (72%) e assistir TV (71%) foram as estratégias de enfrentamento focadas na emoção mais utilizadas para lidar com o estresse. Já o uso de substâncias, incluindo tomar remédios (15%), beber (13%) e fumar (13%), foi menos frequente. Ler (67%), passar um tempo sozinho (61%), praticar exercícios ou passatempos (56%) e comer (44%) tiveram prevalência intermediária. O predomínio de enfrentamento focado no problema foi menor do que o de enfrentamento centrado na emoção, o que corrobora os resultados do presente estudo.

Na Turquia, Gok Metin et al. (2019), descreveram nível de sobrecarga de leve a moderado entre cuidadores familiares, a depender do grau de fragilidade dos idosos assistidos. No total, foram analisados 131 idosos frágeis e seus respectivos cuidadores; a pontuação média do Zarit Burden Interview foi de 37,59 ($\pm 18,20$). Além disso, cuidadores com menos escolaridade e que prestavam cuidados por mais de oito horas/diárias experimentaram maior sobrecarga ($p < 0,05$).

Estudo realizado em Portugal por Coelho (2018) caracterizou uma amostra de cuidadores formais ($n=200$) e informais ($n=119$) com relação a conceitos como Qualidade de Vida, Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Percebida, estratégias de *Coping* mais utilizadas para lidar com as situações de estresse, nível de Burnout e de sobrecarga percebida, além de sintomas psicopatológicos experienciados. Os resultados mostraram que, em termos de pontuações absolutas, as estratégias mais utilizadas diante de situações de estresse foram “Reavaliação Positiva” ($M= 11,33$; $DP=4,87$), “Suporte social” ($M= 11,28$; $DP= 3,97$) e “Autocontrole” ($M=9,69$; $DP= 3,30$). No entanto, quando analisadas as pontuações relativas, houve

predomínio de “Suporte social” ($M= 1,73$; $DP= 0,62$), seguido de “Reavaliação Positiva” ($M= 1,62$; $DP= 0,69$) e Resolução Planeada do Problema” ($M= 1,53$; $DP= 0,59$).

Cuidar de idosos dependentes e frágeis não é uma tarefa que faz parte do cotidiano das famílias. Na prática, os cuidadores deste estudo não foram treinados para assumir essa responsabilidade e, por vezes, acabavam utilizando estratégias sem muito conhecimento, apenas para facilitar o trabalho cotidiano.

As estratégias adotadas, na maioria das vezes, visam facilitar o trabalho cotidiano do cuidador. Geralmente as mulheres, maioria entre os cuidadores, assumem esta função simultaneamente com o cuidado dos filhos. Neste percurso, elas vivenciam experiências que as fazem buscar por estratégias de adaptação às novas situações, a fim de reduzir o estresse vivenciado. Assim, o suporte familiar do idoso deve ser considerado uma estratégia, uma vez que coopera para reduzir o *burnout* do cuidador, motivando-o para prover o cuidado.

Neste estudo, predominaram cuidadores do sexo feminino, adultas, média de nove anos de escolaridade e filhas. Esse perfil permite compreender as estratégias mais adequadas para o cuidado, uma vez que o tempo de cuidado diário é longo, cerca de oito horas, o que demanda estratégias mais efetivas, também descritas no estudo de Akpan-Idiok et al. (2020). As mulheres, culturalmente caracterizadas como cuidadoras naturais, estão mais próximas das atividades do cuidado na comparação com os homens, e, não raro, desempenham as funções de cozinhar, limpar o domicílio e prover o cuidado pessoal com a família (MILLIGAN; MORBEY, 2016).

Esse cuidado tem impacto maior ou menor, considerando as redes de suporte social. Por sua vez, os homens cuidadores também utilizam estratégias para o cuidado, a depender de suas experiências, percepções do significado do cuidado, atitudes e da cultura. Essas construções dos idosos mais velhos para o cuidado de suas companheiras estão relacionadas como a família em geral e a comunidade respondem aos cuidadores idosos, e isso pode impactar em como eles desempenham a sua masculinidade (MILLIGAN; MORBEY, 2016).

Compreender as estratégias de enfrentamento utilizadas por cuidadores de idosos frágeis e seus preditores é primordial. A utilização dos fatores de *Coping* para solução de uma problemática envolve conceber alternativas direcionadas ao ambiente ou a si mesmo (ROCHE; MACCANN; CROOT, 2016). De qualquer forma, deve-se

atentar para uma técnica efetiva, que proporcione bem-estar e qualidade de vida a estes cuidadores.

A síndrome da fragilidade no idoso e sua implícita relação com a dependência acarretam um elevado sofrimento emocional aos cuidadores. Cuidar de forma contínua gera consequências negativas para a saúde do cuidador, influenciando a escolha de determinadas estratégias para o enfrentamento desta situação (LIN; WU, 2014).

Alterações psíquicas como ansiedade e depressão são eventos comumente identificados nos cuidadores (DEL-PINO-CASADO et al., 2019; HARTMANN et al., 2019; ROCHE; MACCANN; CROOT, 2016). Desse modo, a utilização de estratégias adequadas de enfrentamento favorece a relação cuidador/receptor de cuidados e seus resultados, suavizando a sobrecarga (ROCHE; MACCANN; CROOT, 2016).

Neste estudo, a fragilidade dos idosos foi o preditor mais importante, que resultou em maiores escores de enfrentamento em relação aos fatores Autocontrole e Aceitação de responsabilidade. Pesquisa realizada na Nigéria com 210 cuidadores de pacientes com câncer e com sinais de fragilidade concluiu que a baixa capacidade funcional observada em 65% dos receptores de cuidado teve relação significativa com as estratégias de enfrentamento. Como consequência, essas estratégias foram mais eficazes em cuidadores de pacientes com comprometimento funcional (AKPAN-IDIOK et al., 2020).

O processo de fragilização é caracterizado por uma interação complexa envolvendo fatores biológicos, psicológicos e sociais, requerendo do cuidador uma aclimação sobre o cuidar nessas condições. Dessa forma, a utilização da Aceitação de responsabilidade como fator de enfrentamento pode ser um reflexo natural ou um *feedback* adaptativo ao cuidado (DEL-PINO-CASADO et al., 2019).

A sobrecarga do cuidador foi um preditor para o fator Autocontrole neste estudo. Conceituada como uma reação escusa relacionada ao impacto da prestação de cuidados desenvolvidos por um cuidador, tem relação com quesitos físicos, psíquicos e financeiros envolvidos no ato de cuidar de outrem (FARONBI, 2018).

Para a Aceitação de responsabilidade, o cuidador deve ter Autocontrole, uma vez que seu papel nesse processo inclui a intermediação do idoso com a família. Assim, outras variáveis como Confronto, Resolução de problemas e Reavaliação positiva adentram nesse sistema de cuidado. O processo de cuidar tem início desde o nascimento do ser humano, porém, com a longevidade do homem e o avanço da

sociedade, novas técnicas para esse cuidando foram surgindo, até porque a epidemiologia, ao longo do tempo, também se modificou. A cada nova situação o cuidador vai se adaptando a novos processos e reconstruindo novas práxis do cuidado, o que está relacionado com a cultura de cada sociedade.

Para melhor compreensão do cuidado do idoso por parte de um cuidador, cabe aqui uma reflexão a respeito de como o serviço de saúde do país está organizado para oferecer suporte a essas pessoas ao longo deste processo, uma vez que o familiar, na maioria das vezes, não tem preparo, tampouco segurança, para assumir esse novo papel. Neste contexto, os serviços de enfermagem na atenção domiciliar têm o papel primordial de desenvolver modelos de educação aos familiares e propor modelos assistenciais articulados com os serviços de saúde. Um planejamento cuidadoso permitirá ao cuidador maior segurança para o desenvolvimento de técnicas essenciais para o cuidado, lembrando que, a cada situação, novos instrumentos deverão ser incorporados, a depender das necessidades do idoso cuidado, do espaço domiciliar, do arranjo domiciliar e do contexto socioeconômico.

A utilização de estratégias de enfrentamento auxilia na mitigação da sobrecarga de cuidadores de idosos, com consequentes benefícios na qualidade de vida dessas pessoas (AKPAN-IDIOK et al., 2020; FARONBI, 2018).

Estudo realizado na Nigéria com 325 cuidadores de idosos com doenças crônicas identificou elevado índice de sobrecarga severa (59,1%) por meio da escala de Zarit. Tal resultado permitiu inferir uma associação entre esta condição e as doenças crônicas que acometiam os idosos e causavam dependência e fragilidade, como acidente vascular encefálico, câncer em estágio avançado e doença renal. A pesquisa salientou que as estratégias de enfrentamento focadas na emoção como o Autocontrole e Aceitação de responsabilidade foram as mais usadas (FARONBI, 2018), tal como identificado neste estudo.

A utilização de estratégias de enfrentamento eficazes por cuidadores pode contribuir para diminuição do nível de sobrecarga. A identificação e a compreensão dos fatores que prenunciam o sofrimento do cuidador são relevantes, pois permitem a detecção prévia e a prevenção de sintomas envolvidos na sobrecarga do cuidar (DEL-PINO-CASADO et al., 2019).

Revisão sistemática identificou que, em alguns estudos avaliados, o fator Aceitação de responsabilidade foi um dos mais significativamente utilizados pelos cuidadores (ROCHE; MACCANN; CROOT, 2016). Importante elucidar que este fator

inclui estratégias de enfrentamento focadas na emoção e que envolvem mudanças do significado atribuído a uma situação.

Diante do exposto, entende-se que os serviços informais prestados por cuidadores familiares no domicílio são valiosos, pois ajudam a manter o cuidado do idoso. Entretanto, cabe sugerir que os serviços de saúde ofereçam capacitações aos cuidadores, com o objetivo de melhorarem o conhecimento a respeito deste cuidado. Além disso, devem ser disponibilizados serviços de assistência aos cuidadores e aos idosos que vivem no domicílio, a fim de viabilizar a implementação de propostas de acompanhamento e avaliação contínua. O estreitamento desta relação entre o cuidado do idoso no domicílio e os serviços de saúde faz parte do projeto de atenção ao idoso do Sistema de Saúde.

Este estudo apresentou duas limitações: 1. Quanto à amostra, visto que o número reduzido de participantes não permite generalizações, por não assegurar uma distribuição representativa. Atrela-se esta limitação à presença de um maior número de idosos desprovidos de cuidadores no local onde foi desenvolvido o presente estudo; 2. Vários cuidadores tinham receio de participar, por acreditarem que a abordagem das pesquisadoras no momento de espera pela consulta médica poderia gerar ansiedade por parte dos idosos e cuidadores.

No entanto, apesar das limitações, avalia-se que os resultados evidenciados neste estudo são de grande valia, pois subsidiam o desenvolvimento de pesquisas mais aprofundadas sobre o tema e com um maior número de participantes. Considera-se também relevante investigar futuramente a relação entre doenças/problemas de saúde preexistentes dos cuidadores e o cuidado prestado aos idosos.

6. *CONCLUSÃO*

O presente estudo possibilitou avaliar a sobrecarga e as estratégias de *Coping* utilizadas pelos cuidadores familiares no cuidado dos idosos. Os achados forneceram uma base para o desenvolvimento de intervenções adequadas, capazes de minimizar a sobrecarga dos cuidadores e auxiliá-los na utilização de estratégias de enfrentamento mais positivas e eficazes.

Em relação aos objetivos específicos propostos, conclui-se que o maior percentual foi de idosos do sexo feminino, viúvos e que nunca fizeram uso de bebida alcoólica e cigarro. De acordo com a escala de Tilburg, os idosos foram majoritariamente classificados como frágeis e necessitavam de ajuda para as Atividade Instrumentais de Vida Diária (AIVD). A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus foram as doenças/problemas mais prevalentes entre os idosos. Já sobre os cuidadores, predominaram participantes do sexo feminino, casadas, filhas do idoso cuidado e que residiam no mesmo domicílio do idoso. Na análise de sobrecarga, a escala de Zarit obteve pontuação mínima de 3 e máxima de 64, com média de 24,26. Em relação às estratégias de *Coping* utilizadas, prevaleceram Autocontrole e Aceitação de responsabilidade, seguidas de Confronto, Resolução de problemas e Reavaliação positiva.

Diante do exposto, ressalta-se a importância de avaliar e identificar não apenas a sobrecarga e as estratégias de *Coping* utilizadas pelos cuidadores, mas, também, de abordar esses temas com sensibilidade, sob uma perspectiva de promoção à saúde que considere o cuidado multidisciplinar. Outra questão é a tendência de manutenção do idoso no domicílio, de modo que os profissionais de saúde precisam priorizar a prevenção de agravos, bem como a manutenção e recuperação das capacidades tanto dos idosos como de seus cuidadores, a fim de favorecer melhor qualidade de vida para ambos e, consequentemente, para a família.

7. REFERÊNCIAS

AKPAN-IDIOK, P. A. *et al.* Assessment of burden and coping strategies among caregivers of cancer patients in sub-Saharan Africa. **World Journal of Clinical Oncology**, Pleasanton, v. 11, n. 12, p. 1045-1063, 2020.

ALVES, L. C. *et al.* A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, 2007.

ANDRADE, G. B. *et al.* Cuidados paliativos e a importância da comunicação entre o enfermeiro e paciente, familiar e cuidador. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental** (Online), Rio de Janeiro, p. 713-717, 2019.

ANJOS, K. F. *et al.* Características de idosos e seus cuidadores familiares. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, v. 11, n. 3, p. 1146-1155, 2017.

AZEREDO, Z.; MATOS, E. Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. **Revista Faculdade de Medicina de Lisboa**, Lisboa, v. 8, n. 4, p. 199-204, jul./ago. 2003.

BEARD, J. R. *et al.* The world report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. **The Lancet**, London, v. 387, n. 10033, p. 2145-2154, 2016.

BONARDI, G.; AZEVEDO E SOUZA, V. B.; MORAES, J. F. D. Functional incapacity and the aged: a challenge to health care professionals. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 145-155, 2007. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/1647>. Acesso em: 12 mar. 2010.

BORN, T. (org.). **Cuidar melhor e evitar a violência**: manual do cuidador da pessoa idosa. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008.

BRASIL. **Estatuto do idoso**: lei federal nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, n. 237-E, 13 dez. 1999.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.466, de 12 de julho de 2017. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 133, p. 1, 13 jul. 2017.

CAMARANO, A. A. *et al.* Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO (org.). **Os novos idosos brasileiros**: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 25-73.

CAMARANO, A. A; KANSO, S. **Perspectivas de crescimento para a população**

brasileira: velhos e novos resultados. Rio de Janeiro: IPEA, 2009. (Texto para discussão, n. 1426).

CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica.** Rio de Janeiro: Atheneu, 2000.

CAWTHON, P. M. *et al.* Frailty in older men: prevalence, progression, and relationship with mortality. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 55, n. 8, p. 1216-1223, Ago. 2007.

CHACON, P. F. *et al.* A percepção de familiares de idosos frágeis sobre grupos de cuidadores na atenção primária à saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 26, p. S240-S246, 2016. Supl. 8.

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do idoso.** 2. ed. Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2013. 167 p.

COELHO, V. A. P. **Qualidade de vida, sobrecarga, burnout, sintomas psicopatológicos e estratégias de coping em cuidadores formais e informais.** 2018. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2018.

CUSTÓDIO, J. R. A. **A sobrecarga e estratégias de coping do cuidador informal do idoso dependente.** 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, 2011.

DAMIÃO, E. B. C. *et al.* Inventário de estratégias de enfrentamento: um referencial teórico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 1199-1203, 2009. Número especial.

DEL DUCA, G. F.; SILVA, M. C.; HALLAL, P. C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 796-805, 2009.

DEL-PINO-CASADO, R. *et al.* Coping strategies and psychological distress in family carers of frail older people: a longitudinal study. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 256, p. 517-523, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.038>.

DINIZ, M. A. A. *et al.* Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3789-3798, nov. 2018.

DUQUE, A. M. *et al.* Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 2199-2208, 2012.

ENSRUD, K. E. *et al.* Frailty and risk of falls, fracture, and mortality in older women: the study of osteoporotic fractures. **Journals of Gerontology. A Biological Sciences and Medical Sciences**, Washington, v. 62, n. 7, p. 744-751, Jul. 2007.

FARONBI, J. O. Correlate of burden and coping ability of caregivers of older adults with chronic illness in Nigeria. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, Stockholm, v. 32, n. 4, p. 1288–1296, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1111/scs.12572>.

FERNANDES, H. C. L. *et al.* Avaliação da fragilidade de idosos atendidos em uma unidade da Estratégia Saúde da Família. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 423-431, 2013.

FERRUCCI, L. *et al.* Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: a consensus report. **Journal of American Geriatric Society**, New York, v. 52, n. 4, p. 625-634, Apr. 2004.

FHON, J. R. S. *et al.* Síndrome de fragilidade relacionada à incapacidade funcional no idoso. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 589-594, 2012.

FIEDLER, M. M.; PERES, K. G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 409-415, fev. 2008.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v. 48, n. 1, p. 150-170, 1985.

FOLKMAN, S.; MOSKOWITZ, J. T. Coping: pitfalls and promise. **Annual Review of Psychology**, Palo Alto, v. 55, p. 745-774, 2004.

GARCIA, G. M. F. *et al.* Sobrecarga de cuidadores informais de idosos. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, Caçador, v. 9, p. 115-130, 2020.

GAVASSO, W. C.; BELTRAME, V. Capacidade funcional e morbidades referidas: uma análise comparativa em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 398-408, maio 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160080>. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbagg/v20n3/pt_1809-9823-rbagg-20-03-00398.pdf. Acesso em: 17 mar. 2021.

GESUALDO, G. D. **Efeito de uma intervenção no apoio social de cuidadores familiares de idosos com alta dependência**. 2020. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020. DOI: <https://doi.org/10.11606/T.22.2020.tde-17092020-100742>.

GOBBENS, R. J. J. *et al.* The Tilburg Frailty Indicator: psychometric properties. **Journal of the American Medical Directors Association**, New York, v. 11, n. 5, p. 344-355, 2010b.

GOK METIN, Z. *et al.* The perceived caregiver burden among turkish family caregivers providing care for frail older adults. **Journal of Transcultural Nursing**, Thousand Oaks, v. 30, n. 3, p. 222-230, 2019.

GORDILHO, A. *et al.* Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso. Rio de Janeiro: Unati, 2000. 92 p.

GRATAO, A. C. M. *et al.* Burden and the emotional distress in caregivers of elderly individuals. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 304-312, Jun. 2012.

GUERRA, H. S. *et al.* A sobrecarga do cuidador domiciliar. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 2, p. 179-186, 2017.

HARTMANN, M. L. *et al.* Caring for a frail older person: the association between informal caregiver burden and being unsatisfied with support from family and friends. **Age and Ageing**, Oxford, v. 48, n. 5, p. 658–664, Sep. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1093/ageing/afz054>.

HEDLER, H. C. *et al.* Representação social do cuidado e do cuidador familiar do idoso. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 143-153, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Características gerais dos domicílios e dos moradores 2018**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. 8 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico de 2010**: resultado do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil e das unidades de federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 10 jan. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2013**: breve análise da mortalidade nos períodos 2012-2013 e 1980-2013. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

JESUS, I. T. M.; ORLANDI, A. A. S.; ZAZZETTA, M. S. Sobrecarga, perfil e cuidado: cuidadores de idosos em vulnerabilidade social. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 194-204, 2018.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, jun. 2003.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, Binghamton, v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. The concept of coping. *In*: MONAT, A.; LAZARUS, R. (ed.). **Stress and coping**: an anthology. 3th ed. New York: Columbia University Press, 1991.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer, 1984.

LEMOS, M. *et al.* Perfil da população idosa cadastrada em uma unidade de saúde da família. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 10, n. 3, p. 218-125, jul./set. 2006.

LEONARDO, K. C. *et al.* Avaliação do estado cognitivo e fragilidade em idosos mais velhos, residentes no domicílio. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 120-127, 2014.

LIN, I-F.; FEE, H. R.; WU, H-S. Negative and positive caregiving experiences: a closer look at the intersection of gender and relationship. **Family Relations**, Malden, v. 61, n. 2, p. 343-358, 2012.

LIN, I-F.; WU, H-S. Patterns of coping among family caregivers of frail older adults. **Research on Aging**, Beverly Hills, v. 36, n. 5, p. 603-624, 2014.

LISBOA, C. *et al.* Estratégias de *coping* de crianças vítimas e não vítimas de violência doméstica. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 345-362, 2002.

MAHONEY, F. I.; BARTHEL, D. W. Functional evaluation: the Barthel Index. **Maryland State Medical Journal**, Baltimore, v. 14, p. 61-65, 1965.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **British Journal of Psychiatry**, London, v. 148, p. 23-26, 1986. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.148.1.23>.

MARIGLIANO, R. Z. *et al.* Estratégias de autocuidado usadas por cuidadores de idosos: análise de produção científica. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, São Bernardo do Campo, v. 23, n. 2, p. 37-45, 2015.

MARQUES, M. J. F.; TEIXEIRA, H. J. C.; SOUZA, D. C. D. B. N. Cuidadoras informais de Portugal: vivências do cuidar de idosos. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 147-159, 2012.

MARQUES, S.; RODRIGUES, R. A. P.; KUSUMOTA, L. O idoso após acidente vascular cerebral: alterações no relacionamento familiar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 364-371, 2006.

MELLO, J. A. *et al.* The determinants of informal caregivers' burden in the care of frail older persons: a dynamic and role-related perspective. **Aging & Mental Health**, Abingdon, v. 21, n. 8, p. 838-843, 2017.

MILLIGAN, C.; MORBEY, H. Care, coping and identity: older men's experiences of spousal care-giving. **Journal of Aging Studies**, Oxford, v. 38, p. 105-114, Aug. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2016.05.002>.

MINGOTE, C. M. *et al.* Estratégias de *coping* de cuidadores informais de idosos dependentes. **Egitania Scientia**, Guarda, p. 91-107, 2021.

MINOSSO, J. S. M. *et al.* Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatorios. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 218-223, abr. 2010.

MONTEIRO, A. M. F. *et al.* Coping strategies among caregivers of people with Alzheimer disease: a systematic review. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, Porto Alegre, v. 40, n. 3, p. 258-268, Sep. 2018.

MORAIS, H. C. C. *et al.* Sobrecarga e modificações de vida na perspectiva dos cuidadores de pacientes com acidente vascular cerebral. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, p. 944-953, 2012.

MORLEY, J. E. *et al.* Frailty consensus: a call to action. **JAMDA**, Hagerstown, v. 14, n. 6, p. 392-397, 2013.

MOURA, K. R. *et al.* Sobrecarga de cuidadores informais de idosos fragilizados. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, v. 13, n. 5, p. 1183-1191, 2019.

NOLAN, M.; GRANT, G.; KEADY, J. **Understanding family care**: a multidimensional model for caring and coping. Buckingham: Open University Press, 1996.

OLIVEIRA, S. K.; LANDGRAF JUNIOR, F. J.; DELLAROZA, M. S. G.; YAMADA, K. N.; TRELHA, C. S.; CABRERA, M. A. S. Perfil dos cuidadores de idosos atendidos pelo projeto de assistência interdisciplinar a idosos em nível primário - PAINP - Londrina – PR. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 2, p. 184-192, set. 2008.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. **Informe de la segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento**. Nova York: ONU, 2002.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **A buena salud añade vida a los años**: información general para el Día Mundial de la Salud, 2012. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75254/1/WHO_DCO_WHD_2012.2_spa.pdf. Acesso em: 10 mai. 2020.

PAPALÉO NETTO, M. Ciência do envelhecimento: abrangência e termos básicos e objetivos. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de gerontologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

PAREKH, N. K. *et al.* Effects of caregiver burden on quality of life and coping strategies utilized by caregivers of adult patients with inflammatory bowel disease. **Annals of Gastroenterology**, Athens, v. 30, n. 1, p. 89, 2017.

PEDRAZZI, E. C. *et al.* Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 18-25, 2010.

PEIXOTO, M. J.; MACHADO, P. P. A sobrecarga e o stresse do cuidador. In: MARTINS, T.; ARAÚJO, M. F.; PEIXOTO, M. J.; MACHADO, P. P. (coord.). **A pessoa dependente e o familiar cuidador**. Porto: Escola Superior de Enfermagem, 2016. p. 95-11.

PEREIRA, H. R. **Subitamente cuidadores informais**. Dando voz(es) às experiências vividas. Loures: Lusociência, 2013.

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

POLIT, D. F. *Data Analysis & Statistics for Nursing Research*. Stamford, Conn: Appleton & Lange, 1996.

RAMOS, M. **Desafiar o desafio**. Prevenção do estresse no trabalho. Lisboa: RH, 2001.

ROCHE, L. D.; MACCANN, C.; CROOT, K. Predictive factors for the uptake of coping strategies by spousal dementia caregivers: a systematic review. **Alzheimer Disease & Associated Disorders**, Hagerstown, v. 30, n. 1, p. 80-91, Jan./Mar. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1097/WAD.0000000000000105>.

SANTIAGO, L. M. *et al.* Adaptação transcultural do instrumento Tilburg Frailty Indicator (TFI) para a população brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, p. 1795-1801, 2012.

SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **RBPS**, Fortaleza, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008.

SANTOS, K. O. B. *et al.* Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-reporting Questionnaire (SRQ-20). **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 34, n. 3, p. 544-560, 2010.

SAVOIA, M. G.; SANTANA, P. R.; MEJIAS, N. P. Adaptação do inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus para o português. **Revista de Psicologia da USP**, São Paulo, v. 7, n. 1/2, p. 183-201, 1996.

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**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 12-17, Mar. 2002.

SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R.; ALMEIDA, O. P. Caregiver burden in an elderly population with depression in Sao Paulo, Brazil. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v. 37, n. 9, p. 416-422, 2002.

SILVA, I. I. C. *et al.* Sintomas neuropsiquiátricos de idosos com demência: repercussões para o cuidador familiar. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 3, p. e3530017, 2018.

SIMONETTI, J. P.; FERREIRA, J. C. Coping strategies caregivers of elderly with chronic diseases develop. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 19-25, 2008.

SOUZA, I. D. **Relações entre sobrecarga, fatores socioeconômicos, qualidade de vida e de sono de cuidadores familiares de idosos dependentes em atenção domiciliar**. 2017. 134 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2017.

SOUZA, L. R. *et al.* Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 140-149, jun. 2015.

TERRA, N. L. Doença de Alzheimer. *In*: TERRA, N. L.; MORIGUCHI, Y.; NASCIMENTO, N.; CRIPPA, A. **Cuidando do seu idoso**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2015. p. 17-32.

UNITED NATIONS. Department of Economics and Social Affairs. **World population aging 2017**: highlights. New York: United Nations, 2017.

VAZ, L. C. S.; SANTOS, K. O. B.; FERRAZ, D. D. Condições de saúde e trabalho entre cuidadores de idosos frágeis. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, Salvador, v. 8, n. 3, p. 319-329, 2018.

VERAS, R.; OLIVEIRA, M. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 887-905, 2016.

APÊNDICE

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) –***Idoso***

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar deste estudo que será realizado pela instituição de ensino - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP. Este Termo de Consentimento explica porque este estudo está sendo realizado e qual será a sua participação, caso aceite o convite. Este documento também descreve os possíveis riscos e benefícios da sua participação. Após analisar as informações com a pessoa que explica este Termo de Consentimento, e esclarecer suas dúvidas, o Sr. (a) deverá ter o conhecimento necessário para tomar uma decisão esclarecida sobre sua participação ou não neste estudo.

O estudo pretende conversar com os idosos e seus cuidadores para avaliar suas condições de saúde e relações de cuidados, e identificar algumas situações que estejam relacionadas a essas informações e que possam contribuir na elaboração de estratégias para melhoria da condição de vida dos cuidadores dos idosos, garantindo uma melhor relação entre ambos para o cuidado.

Esta pesquisa poderá apresentar um risco mínimo para o (a) Sr. (a) visto que, ao responder as perguntas presentes nos instrumentos poderá lembrar-se de fatos, lembranças prazerosas ou não de sua vida, causando assim, certos desconfortos emocionais e/ou físicos. Se isso ocorrer, ou se durante a entrevista for percebida necessidade de atendimento à saúde o (a) Sr. (a) será acolhido pela equipe de pesquisadores e poderá deixar de participar da pesquisa, a qualquer momento, ou entraremos em contato com o serviço de saúde mais próximo, para que a família acompanhe o idoso ao serviço. Quando necessário, perante desconfortos ao responder às perguntas durante a entrevista o Sr. (a) receberá suporte dos entrevistadores e caso necessário será suspensa a entrevista e retornaremos de acordo com a disponibilidade.

A sua participação nesta pesquisa pode não trazer benefícios diretos a você, mas ao final deste estudo, as informações que ele gerar, poderá trazer benefícios a outros idosos e seus cuidadores e colaborar para melhorias futuras da boa relação entre os mesmos. A sua participação neste estudo é voluntária e não é obrigatória. O Sr. (a) pode aceitar participar do estudo e depois desistir a qualquer momento. Isto não tirará nenhum direito do atendimento neste local. O Sr.(a) também poderá pedir a qualquer momento que as suas informações sejam excluídas completamente deste estudo e que elas não sejam usadas para mais nada. Além disso, você tem o direito de recusar-se a responder qualquer pergunta que te ocasionar constrangimentos de qualquer natureza.

O pesquisador tomará todas as medidas para manter suas informações pessoais em sigilo. Durante todo o estudo e mesmo depois que terminar, quando os resultados deste estudo forem publicados em revistas científicas ou apresentados em congressos ou reuniões, a sua identidade será guardada em segredo, não sendo revelada qualquer informação a seu respeito que possa identificar você publicamente. Contudo, durante o estudo, algumas pessoas envolvidas diretamente na pesquisa poderão ter acesso aos seus dados. Mesmo assim, os seus dados serão preservados e não serão divulgados publicamente.

A participação neste estudo não terá custos a mais para o (a) Sr. (a). Os custos relacionados diretamente com o estudo serão pagos pela pesquisadora. Também não haverá qualquer tipo de pagamento devido à sua participação. Se o (a) Sr. (a) sofrer algum dano a sua saúde como resultado da sua participação nesse estudo nesta instituição, o Núcleo de Pesquisa em Geriatria e Gerontologia da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- EERP-USP será responsável por lhe dar todo o tratamento necessário e de forma gratuita.

O(a) Sr. (a) poderá tirar qualquer dúvida sobre o estudo, fazer críticas, sugestões e reclamações diretamente com as pesquisadoras Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues e Vanessa Costa Almeida da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, no telefone (016) 3315-3416, de segunda a sexta-feira, no horário das 8h às 12h e das 14h às 17h. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, localizado na Avenida dos Bandeirantes, nº 3900 Campus Universitário, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto, telefone (016) 3315-3416, de segunda a sexta-feira, no horário das 9h às 18h ou pelo e-mail cep@eerp.usp.br. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, cuja função é de proteger eticamente o participante dessa pesquisa. No caso de dúvida por favor entrar em contato com o telefone (16) 3315.9197.

Entendi o estudo. Tive a oportunidade de ler o Termo de Consentimento ou alguém o leu para mim. Autorizo a minha inclusão neste estudo. Ao assinar este Termo de Consentimento, não renuncio a nenhum dos meus direitos legais. Este documento será assinado em duas vias, sendo que uma via ficará comigo e outra com o pesquisador.

x_____x_____

Nome do participante de pesquisa

Assinatura

Data: ____/____/____

Vanessa Costa Almeida
Pesquisadora responsável

Rosalina A Partezani Rodrigues
Pesquisadora responsável

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) –***Cuidador***

Você está sendo convidado(a) a participar deste estudo que será realizado pela instituição de ensino - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP. Este Termo de Consentimento explica porque este estudo está sendo realizado e qual será a sua participação, caso você aceite o convite. Este documento também descreve os possíveis riscos e benefícios se você quiser participar. Após analisar as informações com a pessoa que explica este Termo de Consentimento, e esclarecer suas dúvidas, você deverá ter o conhecimento necessário para tomar uma decisão esclarecida sobre sua participação ou não neste estudo.

O estudo pretende conversar com os idosos e seus cuidadores para avaliar suas condições de saúde e relações de cuidados, avaliar as estratégias de enfrentamento aos eventos estressores que o cuidado ao idoso pode acarretar e identificar algumas situações que estejam relacionadas a essas informações e que possam contribuir na elaboração de estratégias para melhoria da condição de vida dos cuidadores dos idosos, garantindo uma melhor relação entre ambos para o cuidado.

Essa entrevista será realizada individualmente, no domicílio do idoso, porém, alguns perguntas serão respondidas de forma sigilosa, isto é, sem a presença do idoso, garantindo a confiabilidade do estudo e terá duração aproximada de 40 a 50 minutos.

A sua participação poderá trazer sentimentos de tristeza e ansiedade, pois pode ocasionar lembranças que podem deixá-lo (a) triste. Assim, se for da sua vontade encerraremos a entrevista e eu estarei ao seu lado para ouvi-lo.

A sua participação nesta pesquisa pode não trazer benefícios diretos a você, mas ao final deste estudo, as informações que ele gerar, poderá trazer benefícios a outros idosos e seus cuidadores e colaborar para melhorias futuras da boa relação entre os mesmos. A sua participação neste estudo é voluntária e não é obrigatória. Você pode aceitar participar do estudo e depois desistir a qualquer momento. Você também poderá pedir a qualquer momento que as suas informações sejam excluídas completamente deste estudo e que elas não sejam usadas para mais nada. Além disso, você tem o direito de recusar-se a responder qualquer pergunta que te ocasionar constrangimentos de qualquer natureza.

O pesquisador tomará todas as medidas para manter suas informações pessoais em sigilo. Durante todo o estudo e mesmo depois que terminar, quando os resultados deste estudo forem publicados em revistas científicas ou apresentados em congressos ou reuniões, a sua identidade

será guardada em segredo, não sendo revelada qualquer informação a seu respeito que possa identificar você publicamente. Contudo, durante o estudo, algumas pessoas envolvidas diretamente na pesquisa poderão ter acesso aos seus dados. Mesmo assim, os seus dados serão preservados e não serão divulgados publicamente.

A participação neste estudo não terá custos a mais para você. Os custos relacionados diretamente com o estudo serão pagos pela pesquisadora. Também não haverá qualquer tipo de pagamento devido à sua participação. Se você sofrer algum dano a sua saúde como resultado da sua participação nesse estudo nesta instituição, o Núcleo de Pesquisa em Geriatria e Gerontologia da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- EERP-USP será responsável por lhe dar todo o tratamento necessário e de forma gratuita.

Você poderá tirar qualquer dúvida sobre o estudo, fazer críticas, sugestões e reclamações diretamente com as pesquisadoras Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues e Vanessa Costa Almeida da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, no telefone (016) 3315-3416, de segunda a sexta-feira, no horário das 8h às 12h e das 14h às 17h. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisada Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, localizado na Avenida dos Bandeirantes, nº 3900 Campus Universitário, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto, telefone (016) 3315-3416, de segunda a sexta-feira, no horário das 9h às 18h ou pelo e-mail cep@eerp.usp.br. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, cuja função é de proteger eticamente o participante dessa pesquisa. No caso de dúvida por favor entrar em contato com o telefone (16) 3315.9197.

Entendi o estudo. Tive a oportunidade de ler o Termo de Consentimento ou alguém o leu para mim. Autorizo a minha inclusão neste estudo. Ao assinar este Termo de Consentimento, não renuncio a nenhum dos meus direitos legais. Este documento será assinado em duas vias, sendo que uma via ficará comigo e outra com o pesquisador.

x_____x_____

Nome do participante de pesquisa

Assinatura

Data: ____/____/____

Vanessa Costa Almeida
Pesquisadora responsável

Rosalina A Partezani Rodrigues
Pesquisadora responsável

ANEXO A: INFORMAÇÕES PESSOAIS

A1) Idade _____ (anos completos) (<i>Ver documento se necessário</i>) Dia Mês e ano de nascimento ____/____/____	1AAIDADE _____ 1AMANO ____/____/____
A2) Sexo (1) Masculino (2) Feminino	1ASEXO _____
A3) Qual é a cor da sua pele? (1) Branca (4) Preta (2) Parda (5) Indígena (3) Amarela (99) NS/NR	1ACOR _____
A4) Qual seu estado civil? (1) Solteiro (a) . (2) Casado (a) (3) Divorciado (a)/desquitado(a) (4) Separado (a) (5) Viúvo(a) (6) Outro _____ (99) NS/NR	1AESTCIV _____
A5) Mora sempre neste endereço ou existe mais de um local para residir: (1) Mesmo Local (2) Mais de um local (99) NS/NR	1ALocal _____
A6) Com quem o Sr(a) mora: (1) Sozinho (2) Somente com o cônjuge (3) Cônjuge e filho(s) (4) Cônjuge, filhos, genro ou nora (5) Somente com o(s) filho(s) (6) Arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos) (7) Arranjos intrageracionais (mora somente com outros idosos e o cônjuge) (8) Arranjos intrageracionais (somente com outros idosos) (9) Somente com os netos (sem filhos) (10) Outros (especifique) _____ (99) NS/NR	1AMORA _____
A7) Quantos filhos próprios e adotivos estão vivos? _____ (99) NS/NR	1AFILHVIV _____
A8) Quando o(a) Sr(a) necessita de atenção para acompanhar sua saúde qual o tipo de serviço o Sr(a) utiliza como primeira opção?	

(1) SUS	5) Benzedeira	1ASERATS_____
(2) Convênio de saúde	99) NS/NR	_____
(3) Particular		
(4) Farmácia		

Fonte: Membros do NUPEGG – EERP-USP

PERFIL SOCIAL

<p>D1) Escolaridade: Quantos anos você frequentou a escola? (99) NS/NR (Se nenhum, colocar "0")</p> <p>D2) Qual é a renda mensal em reais: IDOSO: _____ em reais</p> <p>FAMÍLIA: (incluir idoso): (1) 1 SM (2) 2 SM (3) 3-5 SM (4) 6-9 SM (5) + 10 SM (99) NS/NR</p> <p>D3) Qual(is) dessas rendas o Sr.(a) tem? (0) Tem (1) Não tem (99) NS/NR</p> <p>D3a) Aposentadoria</p> <p>D3b) Pensão</p> <p>D3c) Aluguel</p> <p>D3d) Trabalho Próprio</p> <p>D3e) Doações (família, amigos, instituições)</p> <p>D3f) Outras _____</p>	<p>1DESCOL _____</p> <p>1DRENDI _____</p> <p>1DRENDF _____</p> <p>1DAPOS _____</p> <p>1DPENS _____</p> <p>1DALUGUEL _____</p> <p>1DTRAPRO _____</p> <p>1DDOA _____</p> <p>1DOUTR _____</p>
<p>D5) Quais das seguintes atividades o Sr(a) realiza? (0) Sim (1) Sim (99) NS/NR</p> <p>D5a) Nenhuma</p> <p>D5b) Atividades domésticas</p> <p>D5c) Esporte/ dança</p> <p>D5d) Trabalho voluntário/ comunitário</p> <p>D5e) Trabalho remunerado</p> <p>D5f) Outros: Quais? _____</p>	<p>1DATINEH _____</p> <p>1DATDOM _____</p> <p>1DATESD _____</p> <p>1DATTVOL _____</p> <p>1DATTREM _____</p> <p>1DATOUT _____</p>

Fonte: Membros do NUPEGG – EERP-USP

ANEXO B: ESTILO DE VIDA

<p>C1) Consumo de álcool:</p> <p>(1) Não consome (2) Consumia (só no passado) (3) Consome no presente.</p>	1CCBEBID_____
<p>C2) Tipo de bebida consumida:</p> <p>(1) Vinhos (2) Cerveja (3) Destilados (4) Outros_____</p>	1CTBEBID_____
<p>C3) Número de porções</p> <p>(1) Vinho = 90ml; (2) Cerveja = 200ml; (3) Destilados = 50ml;</p>	1CPBEBID_____
<p>C4) Consumo de cigarros:</p> <p>(1) Não fumante (2) Ex-fumante (3) fumante</p>	1CCCIGAR_____
<p>C5) Tipo de fumo:</p> <p>(1) Cigarros comercializados</p> <p>(2) Charutos</p> <p>(3) Cachimbo,</p> <p>(4) Cigarros feitos com fumo.</p>	1CTFUMO_____
<p>C6) Quantidade de cigarros que fuma por dia _____</p>	1CQCIFUM_____
<p>C7) Quanto tempo fuma: _____</p>	1CTMFUM_____
<p>C8) Quantidade de cigarros que fumava por dia _____</p>	1CQCIFUV_____
<p>C9) Quanto tempo fumou: _____</p>	1CTMFUV_____

Fonte: Membros do NUPEGG – EERP-USP

ANEXO C – MORBIDADES AUTORREFERIDAS

DOENÇAS	NÃO	SIM	CÓDIGO
E1) Anemia	0	1	1EANEM _____
E2) Ansiedade/transtorno do pânico	0	1	1EANSI _____
E3) Artrite (reumatóide/osteoartrite/artrose)	0	1	1EREUM _____
E4) Asma ou bronquite	0	1	1EASMA _____
E5) Audição prejudicada	0	1	1EAUDP _____
E6) Câncer - Qual? _____	0	1	1EQCANC _____
E7) DBPOC/enfisema (doença Broncopulmonar)	0	1	1ECANC _____
E8) Diabetes Mellitus	0	1	1EDIAB _____
E9) Depressão	0	1	1EDEPR _____
E10) Derrame	0	1	1EDERRA _____
E11) Doença cardíaca	0	1	1ECARDI _____
E12) Doença Gastrointestinal Alta (úlceras, hérnia, refluxo)	0	1	1EGASTR _____
E13) Doença vascular periférica (varizes)	0	1	1ECIRC _____
E14) Doença Neurológica (Parkinson/Esclerose)	0	1	1ENEURO _____
E15) Hipertensão arterial*	0	1	1EPRESS _____
E16) Incontinência urinária e/ou fecal	0	1	1EINCUR _____
E17) Insônia	0	1	1EDIFDO _____
E18) Obesidade	0	1	1EOBES _____
E19) Osteoporose	0	1	1EOSTE _____
E20) Constipação	0	1	1EPRISV _____
E21) Problemas de coluna	0	1	1ECOLU _____
E22) Visão prejudicada (catarata/glaucoma)	0	1	1ECATAR _____
E23) Tontura (labirintite, vertigens)	0	1	1ETONT _____
E24) Outras – Qual? _____	0	1	1EOUTR _____

Fonte: Membros do NUPEGG – EERP-USP

ANEXO D: ESCALA DE TILBURG

I1) Você se sente saudável? (1) sim (2) não	1ISAUD____
I2) Você perdeu muito peso recentemente sem querer que isso acontecesse? (>6kg nos últimos seis meses ou >3kg no último mês). (1) sim (2) não	1IPESO____
I3) No seu dia a dia a dificuldade de caminhar lhe traz problemas? (1) sim (2) não	1IDIFCAM____
I4) No seu dia a dia a dificuldade em manter o equilíbrio lhe traz problemas? (1) sim (2) não	1IDIFEQ____
I5) No seu dia a dia a audição ruim lhe causa problemas? (1) sim (2) não	1IAUDIC____
I6) No seu dia a dia a visão ruim lhe causa problemas? (1) sim (2) não	1IVISAO____
I7) No seu dia a dia a fraqueza nas mãos lhe causa problemas? (1) sim (2) não	1IFRAQ____
I8) No seu dia a dia o cansaço lhe causa problemas? (1) sim (2) não	1ICANS____
I9) Você tem problemas de memória? (1) sim (2) às vezes (3) não	1IMEMO____
I10) Você se sentiu triste no último mês? (1) sim (2) às vezes (3) não	1ITRIST____
I11) Você se sentiu nervoso ou ansioso no último mês? (1) sim (2) às vezes (3) não	1INERV____
I12) Você enfrenta bem os problemas? (1) sim (2) não	1IIPROB____
I13) Você mora sozinho? (1) sim (2) não	1ISOZI____
I14) Você sente falta de ter pessoas ao seu lado? (1) sim (2) às vezes (3) não	1IFALT____
I15) Você tem apoio suficiente de outras pessoas? (1) sim (2) não	1IAPOS____

Fonte: Gobbens et al. (2010), validada para a língua portuguesa por Santiago et al. (2012)

ANEXO E: ESCALA DE LAWTON E BRODY

<p>J1.USAR O TELEFONE</p> <p>I (3): Capaz de discar os números e atender sem ajuda</p> <p>A (2): Capaz de responder às chamadas, mas precisa de alguma ajuda para discar os números</p> <p>D (1): Incapaz de usar o telefone</p>	1JTSELF_____
<p>J2.TRANSPORTE</p> <p>I (3): Capaz de dirigir seu próprio carro, de tomar transporte coletivo ou táxi sem ajuda</p> <p>A (2): Capaz de usar transporte, porém não sozinho</p> <p>D (1): Incapaz de usar transporte</p>	1JTRAN_____
<p>J3.COMPRAS</p> <p>I (3): Cuida de todas as compras sozinho</p> <p>A (2): Capaz de fazer compras, porém com algum tipo de ajuda</p> <p>D (1): Incapaz de fazer compras</p>	1JCOM_____
<p>J4. PREPARAR ALIMENTOS</p> <p>I (3): Planeja, prepara e serve os alimentos sem ajuda</p> <p>A (2): Capaz de preparar refeições leves, porém tem dificuldade de cozinhá-las</p> <p>D (1): Incapaz de preparar qualquer refeição</p>	1JALIM_____
<p>J5.TAREFAS DOMÉSTICAS</p> <p>I (3): Capaz de ajudar na realização de qualquer tarefa doméstica</p> <p>A (2): Capaz de executar tarefas domésticas mais leves</p> <p>D (1): Incapaz de executar qualquer trabalho doméstico</p>	1JDOM_____
<p>J6. MEDICAÇÃO</p> <p>I (3): Capaz de utilizar a medicação de maneira correta</p> <p>A (2): Capaz de usar a medicação, mas precisa de algum tipo de ajuda</p> <p>D (1): Incapaz de tomar a medicação sem ajuda</p>	1JMED_____
<p>J7. DINHEIRO</p> <p>I (3): Capaz de pagar contas, aluguel, preencher cheques, controlar as necessidades diárias de compras</p>	1JDINH_____

A (2): Necessita de algum tipo de ajuda para pagar contas, preencher cheques, etc.	
D (1): Incapaz de manusear o dinheiro	

Fonte: Lawton e Brody (1969) e validado na língua portuguesa por Santos e Virtuoso Jr (2008)

ANEXO F: ÍNDICE DE BARTHEL

<p>K1. Como você realiza as suas refeições?</p> <p>() 10 – independente. Capaz de comer por si só em tempo razoável. A comida pode ser cozida ou servida por outra pessoa.</p> <p>() 5 – necessita de ajuda para se cortar a carne, passar a manteiga, porém é capaz de comer sozinho.</p> <p>() 0 – dependente. Necessita ser alimentado por outra pessoa.</p>	1KREF:_____
<p>K2. Como você toma seu banho?</p> <p>() 5 – independente. Capaz de se lavar inteiro, de entrar e sair do banho sem ajuda e de fazê-lo sem que outra pessoa supervisione.</p> <p>() 0 – dependente. Necessita de algum tipo de ajuda ou supervisão.</p>	1KBAN_____
<p>K3. Como você se veste? (parte superior e inferior do corpo)</p> <p>() 10 – independente. Capaz de vestir-se e despir-se sem ajuda.</p> <p>() 5 – necessita ajuda. Realiza todas as atividades pessoais sem ajuda mais da metade das tarefas em tempo razoável.</p> <p>() 0 – dependente. Necessita de alguma ajuda.</p>	1KVEST_____
<p>K4. Como você realiza seus asseios?</p> <p>() 5 – independente. Realiza todas as atividades pessoais sem nenhuma ajuda; os componentes necessários podem ser providos por alguma pessoa.</p> <p>() 0 – dependente. Necessita alguma ajuda.</p>	1KASS_____
<p>K5. Como é sua evacuação?</p> <p>() 10- continente. Não apresenta episódios de incontinência.</p> <p>() 5 – acidente ocasional. Menos de uma vez por semana necessita de ajuda para colocar enemas ou supositórios.</p> <p>() 0 – incontinente. Mais de um episódio semanal.</p>	1KEVAC_____
<p>K6. Como é sua micção. Como você a realiza?</p> <p>() 10 – continente. Não apresenta episódios. Capaz de utilizar qualquer dispositivo por si só (sonda, urinol, garrafa).</p> <p>() 5 – acidente ocasional. Apresenta no máximo um episódio em 24 horas e requer ajuda para a manipulação de sondas ou de outros dispositivos.</p> <p>() 0 – incontinente. Mais de um episódio em 24 horas.</p>	1KMIC_____
<p>K7. Como você vai ao banheiro?</p>	

<p>() 10 – independente. Entra e sai sozinho e não necessita de ajuda por parte de outra pessoa.</p> <p>() 5 – necessita ajuda, capaz de mover-se com uma pequena ajuda; é capaz de usar o banheiro. Pode limpar-se sozinho.</p> <p>() 0 – dependente. Incapaz de ter acesso a ele ou de utilizá-lo sem ajuda maior.</p>	1KBANH____
<p>K8. Como você realiza as suas transferências (cama, poltrona, cadeira de rodas) ?</p> <p>() 15 – independente. Não requer ajuda para sentar-se ou levantar-se de uma cadeira nem para entrar ou sair da cama.</p> <p>() 10 – mínima ajuda. Incluindo uma supervisão ou uma pequena ajuda física.</p> <p>() 5 – grande ajuda. Precisa de uma pessoa forte e treinada.</p> <p>() 0 – dependente necessita um apoio ou ser levantado por duas pessoas. É incapaz de permanecer sentada.</p>	1KTRANS____
<p>K9. Como você realiza a deambulação (locomção, caminhar) ?</p> <p>() 15 – independente. Pode andar 50 metros ou seu equivalente em casa sem ajuda ou supervisão. Pode utilizar qualquer ajuda mecânica exceto andador. Se utilizar uma prótese, pode colocar a prótese nela e tirar sozinha.</p> <p>() 10 – necessita ajuda. Necessita supervisão ou uma pequena ajuda por parte de outra pessoa ou utiliza andador.</p>	1KDEAMB____
<p>K10. Como você realiza a subida e descida de escadas?</p> <p>() 10 – independente. Capaz de subir e descer um piso sem ajuda ou supervisão de outra pessoa.</p> <p>() 5 – necessita ajuda. Necessita ajuda e supervisão.</p> <p>() 0 – dependente. É incapaz de subir e descer degraus.</p>	1KSDESC____

Fonte: Índice de Barthel (MAHONEY; BARTHEL, 1965), validada na língua portuguesa por Minosso et al (2010).

ANEXO G: INFORMAÇÕES PESSOAIS (CUIDADOR)

A1) Idade _____(anos completos) Data de nascimento ____/____/____	AIDADE _____ ADATA____/____/____
A2) Sexo (1) Masculino (2) Feminino	ASEXO _____
A3) Qual seu estado civil? (1) Solteiro (a) (2) Casado (a) (3) Divorciado (a)/desquitado(a) (4) Separado (a) (5) Viúvo (a) (99) NS/NR	AESTCIV _____
A4) Quantos filhos próprios e adotivos estão vivo? _____ (99) NS/NR	AFILHOP_____
A5) Vive com o idoso? (0) Não (1) Sim	AVIVI_____
A6) Grau de parentesco: Esposo (a) (2) Filho (a) (3) Irmão (4) Neto (a) (5) Genro / nora (6) Cunhado (a) (7) outro	AGRPA_____
A7) Escolaridade (anos) _____	AESCOL_____
A8) Renda do cuidador (em reais) _____	AREND_____
A9) Há quanto tempo você cuida do idoso? _____	FTCUID____
A10) Número de dias que na semana que cuida do idoso? _____	FTDIC_____
A11) Número de horas diárias que cuida do idoso? _____	FTHOC_____
A12) Teve algum tipo de treinamento ou curso em instituição formal: não (1) sim	FCURS_____

Fonte: Membros do NUPEGG – EERP-USP

ANEXO H: ESCALA DE SOBRECARGA DE ZARIT

(0) nunca (1) raramente (2) algumas vezes (3) – frequentemente (4) – sempre

Obs.: s* refere-se a quem é cuidado (usar o nome)

1) O SR/SRA sente que s* pede mais ajuda do que ele(a) necessita?	B1_____
2) O SR/SRA sente que por causa do tempo que o SR/SRA gasta com s, o SR/SRA não tem tempo suficiente para si mesmo?	B2_____
3) O SR/SRA se sente estressado(a) entre cuidar de s* e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?	B3_____
4) O SR/SRA se sente envergonhado(a) com o comportamento de s?	B4_____
5) O SR/SRA se sente irritado quando s está por perto?	B5_____
6) O sr/SRA sente que s afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?	B6_____
	—
7) O SR/SRA sente receio pelo futuro de s?	B7_____
	—
8) O SR/SRA sente que s depende do SR/SRA?	B8_____
	—
9) O SR/SRA se sente tenso(a) quando s está por perto?	B9_____
10) O SR/SRA sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com s?	B10_____
11) O SR/SRA sente que o SR/SRA não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de s?	B11_____
12) O SR/SRA sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque o SR/SRA está cuidando de s?	B12_____
13) O SR/SRA não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa de s?	B13_____
14) o SR/SRA sente que s espera que o SR/SRA cuide dele(a), como se O SR/SRA fosse a única pessoa de quem ele(a) pode depender?	B14_____

15) o SR/SRA sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de s, somando-se as suas outras despesas?	B15_____
16) O SR/SRA sente que será incapaz de cuidar de s por muito mais tempo?	B16_____
17) O SR/SRA sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de s?	B17_____
18) O SR/SRA gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de s?	B18_____
19) O SR/SRA se sente em dúvida sobre o que fazer por s?	B19_____
20) O SR/SRA sente que deveria estar fazendo mais por s?	B20_____
21) O SR/SRA sente que poderia cuidar melhor de s?	B21_____
Outro especificar:_____	—
22) De uma maneira geral, quanto o SR/SRA se sente sobrecarregado(a) por cuidar de “S”?	B22_____
(0) nem um pouco (1) um pouco (2) moderadamente	
(3) muito (4) extremamente	

Fonte: Escala de Sobrecarga de Zarit (Escala Burden Interview - 1986), traduzida e validada para a cultura brasileira por Scazufca, Menezes e Almeida (2002).

ANEXO I: SELF REPORTING QUESTIONNAIRE

Para as questões 1 a 20, as respostas são: (0) – NÃO (1) – SIM

1. Tem dores de cabeça frequentes?	C1_____
2. Tem falta de apetite?	C2_____
3. Dorme mal?	C3_____
4. Assusta-se com facilidade?	C4_____
5. Tem tremores nas mãos?	C5_____
6. Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado(a)?	C6_____
7. Tem má digestão?	c7_____
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?	C8_____
9. Tem se sentido triste ultimamente?	C9_____
10. Tem chorado mais do que de costume?	C10_____
11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	C11_____
12. Tem dificuldades para tomar decisões?	C12_____
13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	C13_____
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	C14_____
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	C15_____
16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	C16_____
17. Tem tido a ideia de acabar com a vida?	C17_____
18. Sente-se cansado (a) o tempo todo?	C18_____

19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	C19_____
20. Você se cansa com facilidade?	C20_____

Fonte: Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), desenvolvido pela OMS e validado no Brasil por Mari e Williams (1986).

ANEXO J: INVENTÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE COPING

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada, o que você fez na situação _____, de acordo com a seguinte classificação:

0. não usei esta estratégia; 1. usei um pouco; 2. usei bastante; 3. usei em grande quantidade

Questões	Categoria
1. Me concentrei no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo.	D1_____
2. Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor.	D2_____
3. Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair.	D3_____
4. Deixei o tempo passar - a melhor coisa que poderia fazer era esperar, o tempo é o melhor remédio.	D4_____
5. Procurei tirar alguma vantagem da situação.	D5_____
6. Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos eu estava fazendo alguma coisa.	D6_____
7. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas ideias.	D7_____
8. Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação	D8_____
9. Me critiquei, me repreendi	D9_____
10. Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções	D10_____
11. Esperei que um milagre acontecesse.	D11_____
12. Concordei com o fato, aceitei o meu destino.	D12_____
13. Fiz como se nada tivesse acontecido	D13_____
14. Procurei guardar para mim mesmo(a) os meus sentimentos.	D14_____
15. Procurei encontrar o lado bom da situação.	D15_____
16. Dormi mais que o normal.	D16_____
17. Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema.	D17_____
18. Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas.	D18_____
19. Disse coisas a mim mesmo (a) que me ajudassem a me sentir bem	D19_____
20. Me inspirou a fazer algo criativo.	D20_____
21. Procurei esquecer a situação desagradável.	D21_____
22. Procurei ajuda profissional	D22_____
23. Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva.	D23_____

24. Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa.	D24_____
25. Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos.	D25_____
26. Fiz um plano de ação e o segui.	D26_____
27. Tirei o melhor que poderia da situação, que não era o esperado.	D27_____
28. De alguma forma extravasei meus sentimentos.	D28_____
29. Compreendi que o problema foi provocado por mim	D29_____
30. Saí da experiência melhor do que eu esperava	D30_____
31. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema.	D31_____
32. Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema.	D32_____
33. Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação.	D33_____
34. Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado.	D34_____
35. Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso.	D35_____
36. Encontrei novas crenças.	D36_____
37. Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos.	D37_____
38. Redescobri o que é importante na vida	D38_____
39. Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final.	D39_____
40. Procurei fugir das pessoas em geral.	D40_____
41. Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre esta situação.	D41_____
42. Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos.	D42_____
43. Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação.	D43_____
44. Minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela.	D44_____
45. Falei com alguém sobre como estava me sentindo.	D45_____
46. Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria.	D46_____
47. Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s).	D47_____
48. Busquei nas experiências passadas uma situação similar.	D48_____
49. Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário.	D49_____
50. Recusei acreditar que aquilo estava acontecendo.	D50_____
51. Prometi a mim mesmo(a) que as coisas serão diferentes na próxima vez.	D51_____
52. Encontrei algumas soluções diferentes para o problema.	D52_____
53. Aceitei, nada poderia ser feito.	D53_____
54. Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo.	D54_____

55. Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como eu senti.	D55_____
56. Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma.	D56_____
57. Sonhava acordado(a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava	D57_____
58. Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse.	D58_____
59. Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam.	D59_____
60. Rezei.	D60_____
61. Me preparei para o pior.	D61_____
62. Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer.	D62_____
63. Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo.	D63_____
64. Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa.	D64_____
65. Eu disse a mim mesmo(a) “que as coisas poderiam ter sido piores”.	D65_____
66. Corri ou fiz exercícios.	D66_____

Fonte: Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus (1985).

ANEXO K– PARECER SUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/EERP-USP

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTRATÉGIAS DE COPING DESEMPENHADAS POR CUIDADORES DE IDOSOS

Pesquisador: Vanessa Costa Almeida

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 24520919.2.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.836.477

Apresentação do Projeto:

Trata-se da avaliação das respostas a pendências apresentadas por este CEP em parecer consubstanciado número 3.705.872, de 14 de novembro de 2019.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo é avaliar a sobrecarga e as estratégias de coping realizadas pelos cuidadores familiares no cuidado ao idoso com fragilidade que são acompanhados em um serviço público do interior paulista.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Tópico já apreciado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As modificações solicitadas no TCLE, de acordo com o CEP, foram atendidas.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem óbices éticos.

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

CEP: 14.040-902

E-mail: cep@eerp.usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 3.836.477

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado ad referendum.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1303772.pdf	05/12/2019 10:16:59		Aceito
Outros	OFICIO.pdf	05/12/2019 10:15:53	Vanessa Costa Almeida	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/12/2019 10:13:04	Vanessa Costa Almeida	Aceito
Outros	Oficio_CEP.pdf	15/10/2019 23:14:13	Vanessa Costa Almeida	Aceito
Outros	Aceite_CSE.pdf	15/10/2019 22:48:41	Vanessa Costa Almeida	Aceito
Outros	Protocolo.pdf	10/09/2019 14:21:01	Vanessa Costa Almeida	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2.pdf	07/06/2019 00:01:11	Vanessa Costa Almeida	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	06/06/2019 23:58:55	Vanessa Costa Almeida	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	06/06/2019 23:38:05	Vanessa Costa Almeida	Aceito
Folha de Rosto	1.pdf	06/06/2019 21:21:56	Vanessa Costa Almeida	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 13 de Fevereiro de 2020

Assinado por:
RONILDO ALVES DOS SANTOS
(Coordenador(a))

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 3.836.477

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br