



**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**  
**MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO**  
**UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA**  
**“LUÍS DE CAMÕES”**

**ESTRATÉGIAS DE *COPING* E A SOBRECARGA NOS**  
**CUIDADORES INFORMAIS DA PESSOA IDOSA**

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento

Autora: Eliane Gusmão Ribeiro

Orientadora: Professora Doutora Rute Sofia Ribeiro Brites Lopes Dias

Número da Candidata: 30004114

**Novembro de 2022**

**Lisboa**

“Faça uma lista de grandes amigos  
Quem você mais via há dez anos atrás  
Quantos você ainda vê todo dia  
Quantos você já não encontra mais  
Faça uma lista dos sonhos que tinha  
Quantos você desistiu de sonhar  
Quantos amores jurados pra sempre  
Quantos você conseguiu preservar  
Onde você ainda se reconhece  
Na foto passada ou no espelho de agora  
Hoje é do jeito que achou que seria  
Quantos amigos você jogou fora  
Quantos mistérios que você sondava  
Quantos você conseguiu entender  
Quantos segredos que você guardava  
Hoje são bobos ninguém quer saber  
Quantas mentiras você condenava  
Quantas você teve que cometer  
Quantos defeitos sanados com o tempo eram o melhor que havia em você  
Quantas canções que você não cantava, hoje assovia pra sobreviver...”

A lista

Letra e música: Oswaldo Montenegro (2001).

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, a quem confiei todas minhas obras e meus pensamentos por Ele foram estabelecidos (Provérbios 16:3), também ao meu pai Sr. ° Rafael Gusmão, o motivo e inspiração desta obra, com sua longevidade (87 anos) e sabedoria me ensinou a nunca desistir dos meus sonhos, a minha mãe Sr.<sup>a</sup> M<sup>a</sup>. De Fátima, com sua motivação e incentivo incondicional, sou eternamente grata aos dois por estarem presentes neste momento de conquista. E, junto a este apoio familiar, todos meus irmãos: Elenir, Sebastião, Edivaldo e Edson, juntamente com suas famílias (cunhadas, cunhados, sobrinhas e sobrinhos) que direta e/ou indiretamente me apoiaram nessa caminhada.

Esta dissertação vai muito além de uma conclusão de uma etapa ou a conquista de um título de Mestra. A cada passo na construção da mesma, aprendia e me desenvolvia aprendendo a “Ser Humano”, ao olhar para cada sujeito envolvido eu me desenvolvia “tornando-me Pessoa”, como já afirmado pelo ilustre teórico Carl Rogers (1989, reimpressão 2010, p. 59), somos tendenciosos ao crescimento, temos uma propensão a sempre nos autoatualizarmos, somos motivados a nos direcionar sempre para a frente, e isto, é a “mola” principal da vida. Em um parafrazeado, bem ao estilo abasileirado.

A você Júlio César, meu grande “Parceiro”, meu grande apoio ao longo da minha caminhada desde a graduação, afinal, foi lá que fui agraciada em te conhecer, tanto tem feito e ajudado para que eu chegasse até aqui, por sempre me motivar e incentivar acreditando incondicionalmente no meu potencial, até mesmo quando eu duvidava. E, também a toda sua família (José Ribeiro, Lindaura e Paula) que sempre me acolheu com muito carinho. E, agora finalmente vamos celebrar mais essa conquista de tantas outras que já alcançamos juntos.

Aos meus Amigos e Amigas espalhados pelo Brasil e o mundo, que estiveram presentes não somente nessa caminha do mestrado, mas em toda a minha caminhada por esta vida, dos quais não me arrisco citar nomes, justamente para não cometer a inadvertência de esquecer de alguém especial, certamente, todos contribuíram significativamente para meu crescimento e poder estar aqui hoje. À minha orientadora, Dr.<sup>a</sup> Rute Brites, pela disponibilidade, paciência e empatia e pelas ricas contribuições científicas ao longo do desenrolar deste mestrado. À instituição UAL - Universidade Autônoma de Lisboa - Portugal, a todo corpo Docente e ao Departamento de Psicologia e em especial ao GACI - Gabinete de Apoio Acadêmico Internacional, por mediar esta modalidade de ensino. Aos Discentes, colegas de curso, uma turma ímpar, da qual levo amigos para toda vida, foram e continuamos fazendo ótimas trocas e partilhas de saberes.

## RESUMO

O envelhecimento faz parte das etapas do desenvolvimento humano, é um fator comum a todos. Com o crescimento significativo da população idosa, surge então, uma nova demanda científica, na tentativa de responder às necessidades deste público e garantir que o processo do envelhecer decorra nas mais favoráveis condições. Assim, a pessoa em processo de envelhecimento vai gradativamente perdendo sua autonomia, passando a necessitar de mais assistência ou até mesmo de um cuidador para auxiliar na continuidade de suas tarefas diárias. Neste sentido, as evidências apontam que quanto maior a dependência, maiores serão as exigências de atenção e cuidados. Deste modo, o cuidador informal tornou-se fundamental para a manutenção da qualidade de vida da pessoa idosa. No entanto, as tarefas relacionadas ao cuidar de um idoso pode acometer sobrecargas físicas e/ou emocionais para o cuidador. Logo, a falta de manejos ou estratégias de enfrentamento adequados para lidar com as diversas situações estressoras relacionadas e execução das tarefas do cuidar, podem gerar no cuidador o aumento da sobrecarga e conseqüentemente provocar o adoecimento, tanto físico quanto psicológico. Por conseguinte, para a regulação do organismo frente tal situação, é necessário desenvolver estratégias de enfrentamento e manejo das situações de sobrecarga, para superar os desafios do cuidar diário e assim, otimizar a saúde mental e física. Neste estudo, quantitativo e transversal, participaram 42 cuidadores informais de pessoas idosas, a maioria do sexo feminino ( $M_{idade} = 40.31$ ). Relativamente aos níveis da sobrecarga dos cuidadores informais demonstrados nos resultados da Escala de Zarit, observa-se que 50.0% dos cuidadores informais apresentaram níveis leves de sobrecarga, 40.0% apresentaram níveis moderado de sobrecarga e 9.5% apresentaram níveis graves de sobrecarga. Quanto aos níveis de autonomia da pessoa idosa 76.2% apresentaram níveis de dependência leve, 16.7% apresentam níveis de dependência moderada, 2.4% apresentaram dependência grave e 4.8% níveis de dependência severa. Referente a análise das estratégias de *coping*, o estudo apontou que existe somente uma associação positiva fraca entre a autonomia e a estratégia de *coping* fuga-esquiva e não apresentou uma correlação significativa entre os níveis de autonomia e os níveis de sobrecarga.

**Palavras-chave:** Cuidador Informal, Idosos, Sobrecarga, Estratégias de *Coping*.

## ***ABSTRACT***

Aging is part of the stages of human development, it is a common factor for all. With the significant growth of the elderly population, a new scientific demand arises, to respond to the needs of this public and ensure that the aging process takes place in the most favorable conditions. Thus, the person in the aging process gradually loses their autonomy, starting to need more assistance or even a caregiver to assist in the continuity of their daily tasks. In this sense, evidence indicates that the greater the dependence, the greater the demands for attention and care. In this way, the informal caregiver has become essential for the maintenance of the elderly person's quality of life. However, tasks related to caring for an elderly person can involve physical and/or emotional overloads for the caregiver. Therefore, the lack of adequate handling or coping strategies to deal with the various stressful situations related to the execution of care tasks, can generate an increase in the caregiver's burden and consequently cause illness, both physical and psychological. Therefore, to regulate the body in this situation, it is necessary to develop coping strategies and management of overload situations, to overcome the challenges of daily care and thus optimize mental and physical health. In this quantitative and cross-sectional study, 42 informal caregivers of elderly people participated, most of them female ( $M_{age} = 40.31$ ). Regarding the levels of burden of informal caregivers shown in the results of the Zarit Scale, it is observed that 50.0% of informal caregivers had mild levels of burden, 40.0% had moderate levels of burden and 9.5% had severe levels of burden. As for the levels of autonomy of the elderly, 76.2% had levels of mild dependence, 16.7% had levels of moderate dependence, 2.4% had severe dependence and 4.8% had levels of severe dependence. Regarding the analysis of coping strategies, the study showed that there is only a weak positive association between autonomy and the escape-avoidance coping strategy and did not present a significant correlation between the levels of autonomy and the levels of overload.

**Keywords:** Informal Caregiver, Elderly, Overload, Coping Strategies.

## ÍNDICE

<b>AGRADECIMENTOS .....</b>	<b>III</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>IV</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>V</b>
<b>ÍNDICE DE ANEXOS - INSTRUMENTOS.....</b>	<b>VIII</b>
<b>ÍNDICE DE TABELAS .....</b>	<b>IX</b>
<b>ÍNDICE DE APÊNDICES .....</b>	<b>X</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS .....</b>	<b>XI</b>
<b>ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....</b>	<b>XII</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>15</b>
<b>I. ENVELHECIMENTO .....</b>	<b>16</b>
<i>1.1 Envelhecimento e Contexto Histórico .....</i>	<i>17</i>
<i>1.2 Conceito de Envelhecimento.....</i>	<i>20</i>
<i>1.3 Envelhecimento na Contemporaneidade .....</i>	<i>23</i>
<b>II. A PESSOA IDOSA .....</b>	<b>25</b>
<i>2.1 O Idoso com Qualidade de Vida.....</i>	<i>26</i>
<i>2.2 A Importância da Autonomia Para o Idoso.....</i>	<i>27</i>
<b>III. O CUIDADOR INFORMAL .....</b>	<b>28</b>
<i>3.1 O Papel do Cuidador Informal.....</i>	<i>28</i>
<i>3.2 O Familiar no Papel de Cuidador.....</i>	<i>31</i>
<i>3.3 Funcionamento Familiar Frente aos Cuidados do Idoso.....</i>	<i>32</i>
<b>IV. A SOBRECARGA NO CUIDADOR INFORMAL .....</b>	<b>34</b>
<i>4.1 Fatores Relacionados a Sobrecarga do Cuidador Informal .....</i>	<i>35</i>
<i>4.2 Saúde Física e Mental dos Cuidadores Informais.....</i>	<i>36</i>
<b>V. CONCEITO DE COPING .....</b>	<b>38</b>
<i>5.1 Coping.....</i>	<i>38</i>
<i>5.2 Estratégias de Coping.....</i>	<i>39</i>
<i>5.3 O Coping como Estratégia no Manejo das Situações de Sobrecarga Relacionadas ao Cuidador Informal.....</i>	<i>40</i>
<b>PARTE II – PARTE EMPÍRICA .....</b>	<b>42</b>

<b>2. MÉTODO .....</b>	<b>43</b>
2.1 <i>Objetivo Geral .....</i>	43
2.2 <i>Objetivos Específicos.....</i>	43
2.3 <i>Hipóteses em Estudo.....</i>	43
2.4 <i>População e Amostra.....</i>	44
2.5 <i>Instrumentos .....</i>	48
2.5.1 <i>Questionário Sociodemográfico .....</i>	48
2.5.2 <i>Inventário de Estratégias de Coping (Versão Brasileira Adaptada) .....</i>	49
2.5.3 <i>Escala de Sobrecarga do Cuidador - Versão Brasileira Reduzida - Scale Zarit Burden Interview-ZBI .....</i>	50
2.5.4 <i>Índice de Barthel - Avaliação das Atividades Diárias-AVDs.....</i>	51
2.6 <i>Procedimentos Éticos .....</i>	51
2.7 <i>Procedimentos Estatísticos de Análise de Dados .....</i>	52
 <b>PARTE III - RESULTADOS .....</b>	 <b>53</b>
<b>3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>54</b>
3.1 <i>Consistência Interna das Medidas.....</i>	54
3.1.1 <i>Estatísticas Descritiva das Medidas .....</i>	55
3.1.2 <i>Associações Entre as Medidas.....</i>	57
3.1.3 <i>Modelos de Mediação.....</i>	58
 <b>PARTE IV - DISCUSSÃO E CONCLUSÃO.....</b>	 <b>61</b>
<b>4. DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>62</b>
4.1. <i>Limitações do Estudo.....</i>	64
4.2 <i>Recomendações Para Estudos Futuros .....</i>	65
 <b>5. CONCLUSÃO.....</b>	 <b>67</b>
 <b>REFERÊNCIAS .....</b>	 <b>69</b>
<i>Apêndices.....</i>	78
<i>Anexos.....</i>	86

**ÍNDICE DE ANEXOS – INSTRUMENTOS**

Anexos A. Índice de Barthel - Avaliação das Atividades Diárias – AVDs.....	86
Anexos B. Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus.....	88
Anexos C. Escala de Sobrecarga do Cuidador - Scale Zarit Burden intervín – ZBI.....	90



**ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1. Distribuição dos Cuidadores Informais Relativamente a Ocupação Profissional (n=42). .....	45
Tabela 2. Distribuição dos Cuidadores Informais Relativamente ao Grau de Parentesco e Moradia (n=42). .....	46
Tabela 3. Distribuição dos Cuidadores Informais Relativamente ao Tempo de Prestação dos Cuidados, Capacitação para Realizar os Cuidados e Renda Mensal (n=42). .....	47
Tabela 4. Distribuição dos Cuidadores Informais em Percentis Relativamente à Espiritualidade/Religião (n=42). .....	48
Tabela 5. Coeficientes de Consistência Interna do Alpha de Cronbach das Medidas.....	54
Tabela 6. Estatística Descritiva das Variáveis em Estudo.....	55
Tabela 7. Níveis de Autonomia nas Atividades da Vida Diária da Pessoa Idosa (n, %) (Índice de Barthel) .....	56
Tabela 8. Teste da Normalidade (Shapiro-Wilk).....	57
Tabela 9. Correlações de Spearman entre as variáveis.....	58
Tabela 10. Análise de mediação: Autonomia, Estratégias de Coping e Sobrecarga.....	59

## ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndices A. Texto enviado via e-mail e WhatsApp para envio dos instrumentos de coleta de dados.....	78
Apêndices B. Questionário Sociodemográfico.....	79
Apêndices C. Consentimento Informado Para a Recolha E Tratamento de Dados Pessoais ..	80
Apêndices D. Apresentação da Pesquisa.....	81
Apêndices E. Formulário de Pedido de Parecer .....	84
Apêndices F. Declaração de Compromisso de Confidencialidade e Sigilo na Recolha e Tratamento de Dados Pessoais .....	85

**ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 01. População Absoluta e Relativa de Idosos de 60 Anos e mais, 65 Anos e Mais e 80 Anos e mais no Mundo:1950-2100. ....	18
Figura 02. População Absoluta e Relativa de Idosos de 60 Anos Mais, 65 Anos Mais e 80 Anos e mais no Mundo: Anos Seleccionados entre 1950 e 2100 (Em Mil). ....	18
Figura 03. Número de Jovens (0-14 Anos) e de idosos (60 Anos e mais) e Índice de Envelhecimento (IE) no Brasil 2010-2060. ....	20
Figura 04. Modelo de Estudo .....	44
Figura 05. Níveis de Sobrecarga do Cuidador (%) (Escala da Sobrecarga do Cuidador-Zarit). .....	56

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**AVDs** - Avaliação das Atividades Diárias - Índice de Barthel

**CCDP** - Comissão Científica do Departamento de Psicologia

**CIP** - Centro de Investigação em Psicologia

**CI**s - Cuidadores Informais

**ESPII** - Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional

**IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**ONU** - Organização das Nações Unidas

**QASCI** - Questionário o de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal

**SESC** - Serviço Social do Comércio

**UAL** - Universidade Autónoma de Lisboa

**ZBI** - *Scale Zarit Burden intervin* - Escala de Sobrecarga do Cuidador

**COVID-19** - *Corona Virus Disease* - 2019

## INTRODUÇÃO

Atualmente, o mundo tem vivenciado um cenário pandêmico, que sem dúvidas fez-nos voltar os olhos para a população idosa, em sentido de maiores cuidados, isso em decorrência das consequências da doença causada pelo novo coronavírus, a COVID-19<sup>1</sup>. Os idosos têm sido uma população fortemente impactada, por estarem dentro dos grupos de alto risco, mais susceptíveis e vulneráveis à doença. A temática desta pesquisa vai ao encontro de inúmeras situações atípicas vividas nestes dois últimos anos pelos cuidadores da pessoa idosa, que certamente enfrentaram e continuam enfrentando diferentes desafios nas tarefas do cuidar.

O envelhecimento faz parte das etapas do desenvolvimento humano, assim como a infância, adolescência e a idade adulta, portanto, a velhice também é uma fase característica do envelhecimento, marcada pelas visíveis transformações do organismo, manifestas na estrutura física e cognitiva. Estudos sobre o desenvolvimento humano nas últimas décadas despertam para as questões relacionadas ao envelhecimento, em decorrência do aumento da expectativa de vida e do crescimento significativo da população idosa. Surge então, uma nova demanda científica, na tentativa de responder à necessidade deste público e garantir que este processo do envelhecer decorra nas mais favoráveis condições (Parente et al., 2007).

O envelhecimento é um fator comum a todos, parte do processo natural do organismo e totalmente inevitável. É com o avançar da idade, por volta dos 40 anos de idade que começam a aparecer os primeiros sinais do declínio funcional e fisiológico que acentuará no decorrer da vida, por ação de diferentes fatores como as condições físicas, orgânicas, genéticas e fortes relações aos hábitos de vida. Assim, em decorrência a estes fatores, a pessoa em processo de envelhecimento vai gradativamente perdendo sua autonomia, passando a necessitar de mais assistência ou até mesmo de um cuidador para auxiliar na continuidade de suas tarefas do dia a dia (Carmo, 2019; Neri, 2009).

---

<sup>1</sup> Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China. Tratava-se de uma nova cepa (tipo) de coronavírus que não havia sido identificada antes em seres humanos. Uma semana depois, em 7 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas confirmaram que haviam identificado um novo tipo de coronavírus. Em 11 de fevereiro de 2020, recebeu o nome de SARS-CoV-2. Esse novo coronavírus é responsável por causar a doença da COVID-19. Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto do novo coronavírus constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Essa decisão buscou aprimorar a coordenação, a cooperação e a solidariedade global para interromper a propagação do vírus. Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia global. Dados retirados do *site* da Organização Pan-Americana da Saúde -OPAS (2021).

Neste sentido, é de acordo com o grau de dependência do idoso que será determinado o nível de prestação de cuidados, evidente que, quanto maior a dependência, maior serão as exigências de atenção e cuidados (Simonetti & Ferreira, 2008). Observa-se que o papel do cuidador tornou-se fundamental para a manutenção da qualidade de vida da pessoa idosa. No entanto, as tarefas relacionadas ao cuidar de um idoso podem representar uma sobrecarga para o cuidador, no que tange sua vida pessoal, em suas organizações ocupacionais, financeira e/ou até mesmo, mudanças na dinâmica familiar.

Deste modo, a falta de manejos ou estratégias de enfrentamento adequados para lidar com as diversas situações estressoras relacionadas ao cuidar, pode acarretar sintomas depressivos, ansiedade e o aumento dos níveis de sobrecarga, entre outros fatores. Por conseguinte, para a regulação do organismo perante tal situação, é necessário desenvolver estratégias de enfrentamento e manejo das situações que envolvem sobrecarga, para superar os desafios do cuidar diário (Machado et al., 2018).

Neste sentido, pesquisadores ampliaram seus olhares para outro grupo importante, o do cuidador informal, aquele que presta os cuidados para manutenção e garantia da qualidade de vida do idoso. Estudos voltados à percepção dos cuidadores frente às tarefas do cuidar, pontuam que as tarefas relacionadas aos cuidados prestados ao idoso que apresenta algum grau de dependência podem acarretar diversos efeitos negativos e/ou sobrecarga nas esferas física, psicológica, social e financeira dos que prestam os cuidados. De tal modo, esses estudos buscam alternativas focadas na melhoria da qualidade de vida dos cuidadores, desenvolvendo programas destinados a prevenção e assistência ao cuidador (Moreira & Caldas, 2007, pp. 521-523).

É na preocupação das vertentes acima, que várias áreas da psicologia vêm propondo pesquisas e estudos voltados à melhoria da qualidade de vida dos cuidadores, assim como, à elaboração de técnicas e estratégias de enfrentamento das situações de sobrecarga relacionadas aos cuidados prestados à pessoa idosa. Neste sentido, a proposta investigativa desta pesquisa assentou-se no respectivo tema: Estratégias de *Coping* e Sobrecarga nos Cuidadores Informais da Pessoa Idosa.

A presente pesquisa propôs examinar o nível de sobrecarga dos cuidadores informais da pessoa idosa e verificar os recursos e as diferentes estratégias de *coping* utilizadas pelos cuidadores no manejo das situações de sobrecarga relacionadas aos aspectos do cuidar, em função do nível de autonomia da pessoa idosa.

Desta forma, para que os objetivos desta pesquisa fossem atendidos, o presente trabalho foi dividido nas seguintes seções: uma introdução com uma breve descrição do tema abordado. Seguindo, os respectivos capítulos distribuídos da seguinte forma:

Parte I - Envelhecimento: Envelhecimento e Contexto Histórico, Conceito de Envelhecimento e Envelhecimento na Contemporaneidade;

- A Pessoa Idosa: O Idoso com Qualidade de Vida, A Importância da Autonomia e A Dependência do Idoso;

- O Cuidador Informal: O Papel do Cuidador Informal, O Familiar no Papel de Cuidador, Funcionamento Familiar Frente aos Cuidados do Idoso;

- A Sobrecarga no Cuidador Informal: Fatores relacionado a Sobrecarga do Cuidador Informal; Saúde Física e Mental dos Cuidadores Informais;

- Conceito de *Coping*: Conceito de *Coping*, Estratégias de *Coping*, O *Coping* Como Manejo das Situações de Sobrecarga Relacionadas ao Cuidador Informal;

Parte II - Métodos da Pesquisa: refere aos sujeitos participantes da pesquisa aos objetivos (geral e específico); delineamento; instrumentos utilizados (Questionário Sociodemográfico; Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus; Escala de Sobrecarga do Cuidador - *Scale Zarit Burden intervín-ZBI*; Índice de Barthel - Avaliação das Atividades Diárias-AVDs); procedimentos e o cronograma das atividades da pesquisa, seguindo, com os apêndices e anexos;

Capítulo IV- Apresentação e Discussão dos Resultados: apresenta a Discussão e Análise dos Dados e Conclusão da pesquisa.

## **PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## I. ENVELHECIMENTO

O envelhecimento não se trata de algo negativo ou punitivo. Contudo, ao ler algumas pesquisas percebe-se esta conotação. Entretanto, o objetivo de investigação é justamente a procura por significativas soluções ou estratégias que nos façam alcançar a tão almejada longevidade com o maior índice possível autonomia e de qualidade de vida, tanto para o idoso quanto para a pessoa que porventura vier prestar algum cuidado. Evidentemente, todos nós gostaríamos de alcançar o máximo de nossas vidas, e, graças aos avanços tecnológicos e da ciência essa não é uma realidade ilusória, ela está acontecendo e totalmente possível (Alves, 2020; Parente et al., 2007).

A percepção do envelhecer, num contexto geral, leva-nos a um campo mais subjetivo e pessoal, pois o que nos induz a caracterizar determinada pessoa como “*idosa*” ou “*velha*” já não é mais o fator cronológico, visto que a jovialidade é entendida como a disposição, energia e força de determinada pessoa, porém, esses fatores são também encontrados em pessoas com idades mais avançadas (Neri, 2009). Desta forma, o envelhecimento tornou-se um aspecto muito particular, pois depende de como cada indivíduo desenvolve seu estilo de vida. Assim, descrever alguém como “*velho*” pode estar relacionado com os vários aspectos biopsicossociais de cada indivíduo, voltado mais para o âmbito da subjetividade em relação aos cuidados com a saúde.

A contemporaneidade trouxe alguns benefícios, como por exemplo, o avanço tecnológico e o avanço da ciência, principalmente nas áreas da cura para muitas doenças, que consequentemente proporciona o aumento da expectativa de vida. O evoluir da humanidade sempre é descrito nos livros históricos com muita ênfase nas diferentes mudanças ocorridas no estilo de vida, notado em diferentes continentes e culturas. As mudanças trazem novas percepções para as novas gerações, com elas surgem também os desafios de manter o antigo presente na atualidade, ou como fator regente das situações atuais (Dezan, 2015; Nunes, 2018).

Visto serem necessárias determinadas mudanças para que se ocorra o progresso, com isso, o *status* de velhice se modifica ganhando novas conjunturas sociais. Abaixo, segue a apresentação desta temática desde o contexto histórico, conceito, contemporaneidade e estatísticas referente ao processo de envelhecimento.

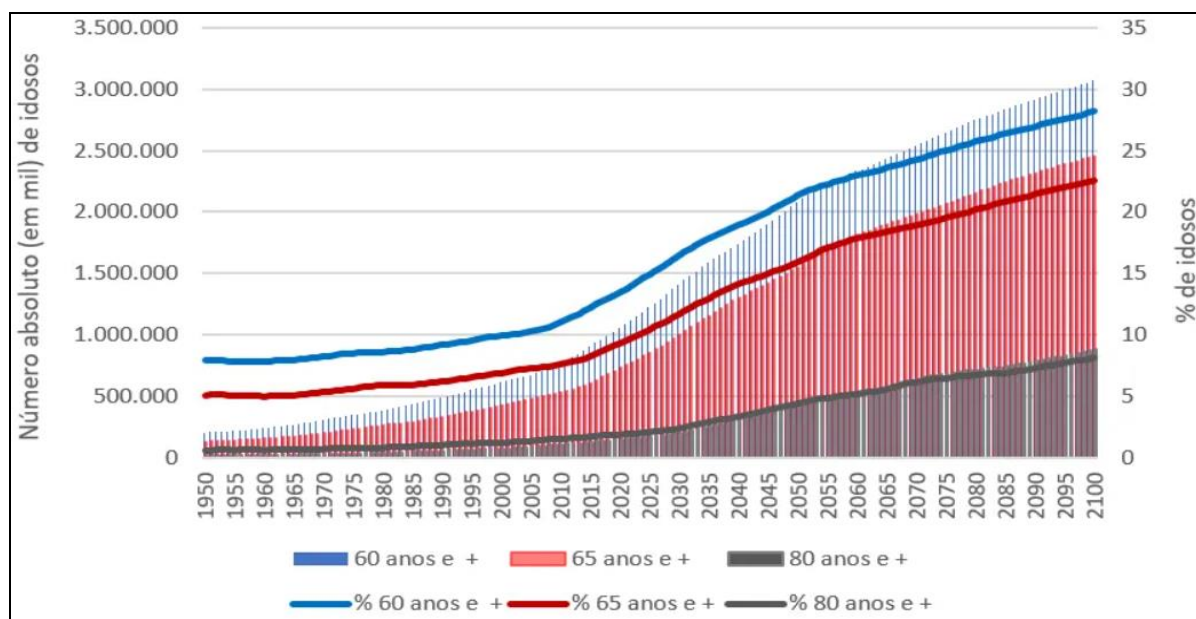
## 1.1 Envelhecimento e Contexto Histórico

Há pouco mais de 100 anos o envelhecimento tornou-se comum, pois, anteriormente, a velhice raramente era alcançada. No Séc. XVII, possivelmente somente 1% da população atingiria a idade de 65 anos. Contudo, já no Séc. XIX essa porcentagem aproximou-se dos 4% e, atualmente em um estudo realizado na Grã-Bretanha existem aproximadamente 11 milhões de pessoas idosas, ou seja, aproximadamente 18% da população. A pesquisa ainda ressalta que estes valores podem chegar a 14 milhões até ao ano de 2040. Estatísticas semelhantes são calculadas para outros países, por isso, existe perceptivelmente um aumento da longevidade. Contudo, isso difere entre países industrializados e países em desenvolvimento, e entre indivíduos e grupos (Stuart-Hamilton, 2008).

Já em pesquisas realizadas no Brasil, Alves (2020), refere que existe um aumento do número absoluto e do percentual de idosos no conjunto da população mundial, que ocorre desde 1950, porém, com um notável aumento ao longo do Séc. XXI. O estudo aponta que o número de idosos de 60 anos e mais era de 202 milhões em 1950, chegou a 1.1 bilhão em 2020 e deverá pelas projeções alcançar 3.1 bilhões em 2100. O crescimento absoluto foi de 15.2 vezes. Em termos relativos a população idosa de 60 anos e mais representava 8% do total de habitantes de 1950, passou para 13.5% em 2020 e deve atingir 28.2% em 2100 (um aumento de 3.5 vezes no percentual de 1950 para 2100).

A figura 1 mostra o crescimento absoluto (barras e eixo esquerdo) e o crescimento percentual (linhas e eixo direito) dos idosos em três categorias: 60 anos e mais, 65 anos e mais e 80 anos e mais. Nota-se que o crescimento registrado e projetado é impressionante no período de 150 anos, mas o ritmo do envelhecimento na segunda metade do Séc. XX, que ainda se dava de forma lenta, se transformou em crescimento acelerado ao longo do Séc. XXI, conforme dados da Divisão de População da Organização das Nações Unidas (ONU) (Alves, 2020).

**Figura 01.** População Absoluta e Relativa de Idosos de 60 Anos e mais, 65 Anos e Mais e 80 Anos e mais no Mundo:1950-2100.



Fonte: UN/pop Division: World Population Prospects 2019. <https://population.un.org/wpp2019/>.

A figura 2 apresenta os números do gráfico para alguns anos selecionados. Nota-se que a população total era de 2.5 bilhões de habitantes em 1950, passou para 7.8 bilhões em 2020 e deve alcançar 10.9 bilhões de habitantes em 2100. O crescimento absoluto foi de 4.3 vezes em 150 anos. Mas se o crescimento da população mundial foi elevado, muito maior foi o crescimento da população idosa (*World Population Prospects*, 2019).

**Figura 02.** População Absoluta e Relativa de Idosos de 60 Anos Mais, 65 Anos Mais e 80 Anos e mais no Mundo: Anos Selecionados entre 1950 e 2100 (Em Mil).

Anos	Total	60 anos e +	65 anos e +	80 anos e +	% 60 e +	% 65 e +	% 80 e +
1950	2.538.381	202.157	128.709	14.281	8,0	5,1	0,6
2000	6.145.494	610.886	422.209	71.715	9,9	6,9	1,2
2020	7.796.819	1.049.748	727.606	145.504	13,5	9,3	1,9
2050	9.735.034	2.079.639	1.548.852	426.367	21,4	15,9	4,4
2100	10.874.902	3.069.374	2.456.436	881.008	28,2	22,6	8,1
2100/1950	4,3	15,2	19,1	61,7	3,5	4,5	14,4

Fonte: UN/pop Division: World Population Prospects 2019. <https://population.un.org/wpp2019/>.

O Séc. XX foi marcado por grandes transformações e uma delas foi o avanço da ciência, e conseqüentemente despertou mais interesse em pesquisar questões que norteiam o envelhecimento. Considerando o envelhecimento em nível mundial, de acordo com Parente et al. (2007), desde o ano de 1950 a expectativa de vida subiu para 41%, de 46 para 65 anos, com variações para países em desenvolvimento. Já, atualmente essas expectativas são relativamente maiores, pois, as pessoas buscam cada vez mais por uma expectativa de idade avançada, subindo assim da média de 65 anos podendo chegar aos 82 anos ou mais.

O autor acrescenta ainda que as estatísticas beneficiam mais as mulheres, afirmando viverem cerca de seis anos mais em relação aos homens. A longevidade das mulheres está atrelada a diferentes fatores, dos quais, o que mais se destaca é a preocupação e a busca por assistência médica com maior frequência e até mesmo preventivamente (Parente et al., 2007).

De acordo com a ONU (2019), o número de pessoas com mais de 60 anos poderá subir até 46% entre os anos de 2017 e 2030. Em decorrência a esse aumento, esse grupo pode chegar a 1.4 bilhões de idosos, chegando a ultrapassar o número de crianças com idade inferior a 10 anos. Atualmente, o número de pessoas com mais de 60 anos chega a 700 milhões da população mundial.

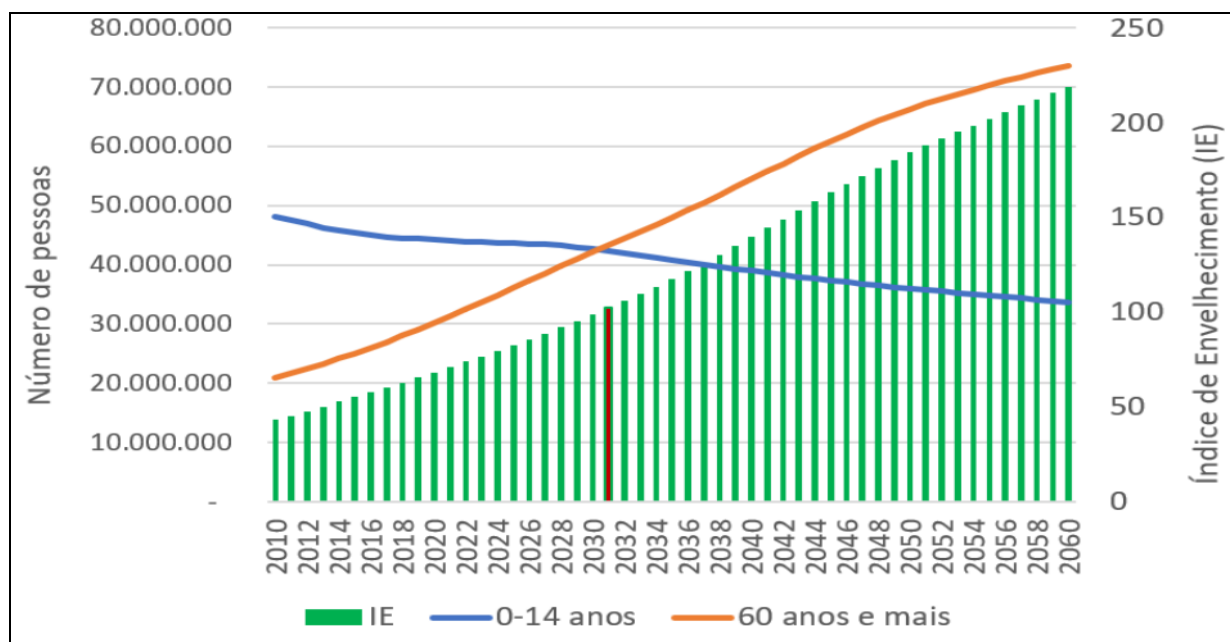
Segundo as últimas projeções do IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (revisão 2013)<sup>2</sup>, o Brasil se tornaria um país idoso em 2029, quando haveria 39.7 milhões de jovens (0-14 anos) e 40.3 milhões de idosos (60 anos e mais). De acordo com as Projeções o número de idosos ultrapassará o de jovens em 2031, quando haverá 42.3 milhões de jovens (0-14 anos) e 43.3 milhões de idosos (60 anos e mais). Nesta data, pela primeira vez, o Índice de Envelhecimento - IE será maior do que 100, ou seja, haverá 102,3 idosos para cada 100 jovens (veja a coluna vermelha no gráfico). Mas o envelhecimento populacional continuará sua marcha inevitável ao longo do Séc. XXI.

A figura 3 apresenta a projeção da diminuição da população jovem (0 a 14 anos) e do aumento da população idosa (60 anos e mais) ao longo do século XXI. O cenário de um país jovem, está ficando para trás e a partir da década de 2030 será um país com uma estrutura etária idosa.

---

<sup>2</sup> IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística constitui se constitui no principal provedor de dados e informações do País, que atendem às necessidades dos mais diversos segmentos da sociedade civil, bem como dos órgãos das esferas governamentais federal, estadual e municipal. A periodicidade da pesquisa é decenal, excetuando-se os anos de 1910 e 1930, em que o levantamento foi suspenso, o ano de 1990, quando a operação foi adiada para 1991, e o ano de 2020, em que a coleta foi adiada para 2022 devido a pandemia de COVID-19. Assim, a última pesquisa do censo brasileiro foi realizada no ano de 2010. Para informações mais detalhadas, consultar o endereço: [censo.ibge.gov.br](http://censo.ibge.gov.br).

**Figura 03.** Número de Jovens (0-14 Anos) e de idosos (60 Anos e mais) e Índice de Envelhecimento (IE) no Brasil 2010-2060



Fonte: IBGE, Projeções de População (revisão 2018). Foto: EcoDebate.

De acordo com os últimos dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019), a expectativa média de vida no Brasil foi de 76.6 anos em 2019, sendo entre os homens 73.1 anos e entre as mulheres 80.1 anos.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2014), o período de 1975 a 2025 é descrito como *Era do Envelhecimento*, estima-se que o mundo chegará a 2 bilhões de idosos em 2050.

A OMS (2014), destaca que as políticas públicas voltadas ao envelhecer bem-sucedido devem ser prioridade global. Assim, é importante que os órgãos desta competência elaborem planos e estratégias para esta população no sentido de prevenção e/ou manutenção da qualidade de vida.

## 1.2 Conceito de Envelhecimento

Mascaro (2004), faz referência ao envelhecimento descrevendo sobre as idades cronológica, biológica, social e psicológica:

“*Idade Cronológica*”: designada pela data do nascimento;

“*Idade Biológica*”: determinada pela herança genética, voltada para as mudanças fisiológicas; anatômicas, hormonais, bioquímicas e, também por marcadores ambientais;

“*Idade social*”: voltada aos conceitos, normas e crenças sociais;

“*Idade psicológica*”: relacionada às mudanças comportamentais ocasionadas pelas transformações biológicas do envelhecimento e conseqüentemente influenciadas pelas normas do contexto social.

Estudos da Gerontologia definem o envelhecimento como *primário* ou *secundário*. O envelhecimento *primário* refere-se ao processo de deterioração natural do organismo, gradativo e irreversível, já, o *secundário* compreende as questões relativas às doenças advindas da falta de prevenção ou cuidados com a saúde, geralmente sob o controle do indivíduo. Assim, o envelhecimento secundário é subjetivo e existem formas de prevenção, como mudanças ou manutenção de hábitos de vida saudáveis (alimentação, exercícios físicos, regulação do sono etc.), podendo assim, diminuir os efeitos secundários do envelhecimento (Parente et al. 2007).

De acordo com Neri (2009), o envelhecimento não é sinônimo de doença, pois são as patologias que influenciam na deterioração do organismo e não unicamente a passagem do tempo. O envelhecimento está fortemente ligado às interações entre o indivíduo e o seu meio, onde ocorrem variações contínuas. Portanto, os contornos de um envelhecimento bem-sucedido estão associados a subjetividade do indivíduo em relação às suas expectativas futuras. Neste sentido, o envelhecimento estende-se as questões intrínsecas do indivíduo, considerando assim, as questões biopsicossociais como norteadoras no processo do envelhecer. Nessa perspectiva, a autora pontua três diferentes formas de velhice:

“*Velhice normal*”: aquela com ausências de patologias (biológicas ou psicológicas);

“*Velhice ótima*”: aquela que mantém preservado as funcionalidades físicas e mentais;

“*Velhice patológica*”: aquela que apresenta uma desorganização biológica ou psicológica aparecendo quadros de doenças.

Seguindo as colocações acima, Neri (2009) ainda acresce que, para atingir um envelhecimento satisfatório, é necessário otimizar a expectativa de vida e minimizar as morbidades físicas, psicológicas e as sociais. Ou seja, é possível adquirir um estilo de vida mais saudável e conseqüentemente aumentar a expectativa de vida, diminuindo ou evitando as doenças senis, podendo chegar à velhice de forma mais ativa. Evidentemente, esses fatores dependem das questões biopsicossociais peculiares de como cada indivíduo se organiza.

Considerando os marcadores do conceito de envelhecimento, a autora acima considera dois indicadores da idade:

“*Idade biológica*”: está ligada aos fatores intrínsecos do indivíduo e como se sente e frente suas funcionalidades;

“*Idade funcional*”: está relacionada às condições de plasticidade e ajustamento do indivíduo ao ambiente. Dentro desta consideração, vale ressaltar que as questões que norteiam o envelhecer são subjetivas, pois, o estilo de vida adquirido pelo indivíduo ao longo da vida, será um fator determinante da sua qualidade de vida e longevidade. Assim, vale destacar que as concepções sobre o envelhecimento estão cada vez mais ganhando destaque na contemporaneidade, pois, a ciência abre espaço as pesquisas sobre a importância da manutenção do corpo e da mente ao longo do desenvolvimento, para assim, garantir um envelhecimento de qualidade e alcançar a já almejada e possível longevidade.

Com longevidade, conseqüentemente eclode o aumento da população idosa, crescendo a esse fato a diminuição da natalidade, colocando assim, o Brasil no *ranking* de sexto lugar com o maior número de idosos no mundo até o ano de 2025, de acordo com as estatísticas da OMS (2014), é dentro destas perspectivas das condições subjetivas de estilos de vida de cada indivíduo, que pode-se destacar a elevação dos índices da falta de autonomia da pessoa idosa, visto, a autonomia e independência estarem fortemente ligadas ao estilo de vida mais saudável ao longo da vida (Pinto, 2020).

O autor acima acresce ainda, pontuando referente a importância em manter um estilo de vida mais ajustado em relação às questões alimentares e atividades físicas, pois o estilo de vida inativo favorece a incapacidade e a dependência do idoso. A junção destes dois fatores, alimentação e condições físicas, é benéfica e favorece tanto na manutenção quanto na capacidade funcional do indivíduo, promovendo assim, um envelhecimento com maior qualidade de vida e independência no cotidiano.

No entanto, com o aumento dos inúmeros fatores que levam a possibilidade da longevidade, o número de idosos vem aumentando significativamente a nível global, de modo que, nem sempre todos envelhecem com qualidade de saúde elevada, de modo a colocar o idoso em uma posição de dependências para determinadas áreas da vida, dependendo do fator de debilitação de saúde de cada um (Pascoinho, 2010).

É relevante ressaltar que uma das questões mais marcante no processo de envelhecimento são as alterações fisiológicas que vão tomando maiores proporções com o aumento da idade, desta forma, o idoso torna-se mais vulnerável para o aparecimento de doenças crônicas, que impacta significativamente na vida, de forma negativa, nas questões ligadas a vida afetivo-social, demandando por vezes do auxílio de outros familiares para executar as tarefas diárias. É neste cenário, que surgem então os serviços dos cuidadores da

pessoa idosa, tanto formais quanto informais. Deste modo, configura-se um novo modelo familiar mais contemporâneo de assistência, para os casos em que o idoso não possui autonomia para suas atividades diárias. Certamente, as novas preocupações na contemporaneidade estão voltadas em como chegar ao envelhecimento na forma mais ativa e saudável possível (Ferretti et al., 2014).

### **1.3 Envelhecimento na Contemporaneidade**

Numa análise histórica, a velhice já foi lugar de honra e privilégio, pois eram aos mais velhos atribuídas certas deliberações e, até mesmo algumas decisões em relação ao futuro e a vida dos seus sucessores, tudo isso, atrelado aos significados de conhecimento e sabedoria, sem dúvida, a velhice era um posto honroso. No Séc. XVIII, o cenário histórico vai se modificando, a percepção em relação aos idosos voltou-se para a promoção de cuidados, numa conotação de que envelhecer estava relacionado aos fatores de doença. Já, por volta da década de 80 do Séc. XX, com o aumento da longevidade em destaque, surgem então diferentes alternativas focadas nesta população, com o intuito de promover a qualidade de vida, tais como, os centros de convivência, lares, bailes de terceira idade, entre outros eventos focados na promoção da saúde do idoso. Com isso, a longevidade ganha destaques nos tempos atuais, a velhice deixa de ocupar o status de doença e passa então, a ser considerada como um fator natural do desenvolvimento humano, respeitando assim, os aspectos biopsicossociais de cada indivíduo (Alves, 2020; Dezan, 2015).

Dentro da perspectiva acima, os autores ainda pontuam que o processo de envelhecimento demográfico ecoa em diferentes esferas sociais, como na econômica, na política, nos fatores culturais, nas organizações de programas de saúde etc. Entretanto, as mudanças advindas dos fatores relacionados ao envelhecimento tendem a serem percebidas socialmente de forma negativa, sobretudo na sociedade ocidental, por estar fortemente associada aos modelos capitalistas enquadrando assim, a velhice em um cenário marginalizado, passando a ser entendida como uma questão social deficitária, que não contribuiria para o desenvolvimento econômico da sociedade.

No entanto, foram vários os marcos históricos que contribuíram para a desconstrução deste cenário, desde a primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, que ocorreu em Viena em 1982, que estabeleceu um Plano Global de Ação, ou seja, políticas públicas voltadas a população idosa. A segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento que ocorreu vinte



anos após, aconteceu em Madrid em 2002, apresentou um contexto totalmente diferente da anterior, chamando a atenção para as mudanças sociais, apresentando uma contra argumentação em relação às ideologias da velhice como sendo um fardo social ou de que o envelhecimento apresenta riscos à saúde das sociedades. Neste sentido, o *slogan* adotado foi o de “*Uma sociedade para todas as idades*” (Nunes, 2018). Nesta perspectiva, diferentes instituições que realizam pesquisas nas áreas da gerontologia, oferecem inúmeros programas e recursos envolvidos com as políticas públicas voltados à manutenção e melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa, para assim promover o envelhecimento ativo e saudável.

## II. A PESSOA IDOSA

Privilégio ou sabedoria, fragilidade ou doença? Ao longo da história o *status* da velhice ganha diferentes significados, passa a ter espaço nas políticas públicas e nas normativas constitucionais, almejada por muitos e em parte pouco valorizada. São muitas as colocações sobre a velhice, atualmente, as maiores preocupações dos especialistas em gerontologia estão voltadas para o processo de conscientização da juventude saudável, quanto aos cuidados e manutenção do corpo e da mente precocemente, pois é sabido que para alcançar um envelhecimento com qualidade de vida a manutenção do corpo e da mente é fundamental (Neri, 2009).

Diferentes estudos abordam sobre os inúmeros fatores que podem promover saúde e qualidade de vida para o idoso. Os fatores mais pautados e destacados são: prática de exercício físico e boa alimentação, regada com frutas, verduras e legumes, livres de açúcares e gorduras, para melhor manutenção física e orgânica. Entretanto, mais recentemente, outro aspecto que ganha destaques nos estudos é a qualidade da saúde mental na terceira idade, de forma que, preservar os aspectos psíquicos, é tão importante quanto os fatores físicos. No entanto, para referir a qualidade de vida num sentido mais amplo, é necessário considerar os aspectos biopsicossociais do indivíduo, considerando também, seu histórico de cuidados em relação ao corpo e mente (Alves, 2020; Neri, 2009, Nunes, 2018; Parente et al., 2007; Stuart-Hamilton, 2008).

A preocupação em relação à promoção da longevidade, não objetiva somente estender os anos de vida, mas sim promover a autonomia do idoso, pois quanto maior o seu nível de independência, mais qualidade de vida terá no processo de envelhecer. Desta forma, ficará menos dependente do sistema tanto no nível médico quanto nos cuidados ou auxílio para as tarefas do dia a dia (Alves, 2020; de Souza & Ganassoli, 2017). É neste sentido, que diferentes estudos se voltam a promoção de um envelhecimento com maior qualidade de vida, beneficiando assim, o indivíduo nesta fase. A proposta discutida abaixo apresenta fatores relacionados a qualidade de vida do idoso, assim como, a importância de estimular a autonomia e independência.

## 2.1 O Idoso com Qualidade de Vida

Para a OMS (2020), a definição de qualidade de vida está mais relacionada à percepção que um indivíduo tem sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações e satisfação do indivíduo no que diz respeito à sua vida cotidiana (p. 1). Notavelmente, uma definição mais voltada para as questões da manutenção da saúde física e psicológica, o nível de independência, as relações sociais, crenças ou valores pessoais.

Portanto, não devemos confundir qualidade de vida com padrão de vida. Muitas pessoas têm uma errada noção de qualidade de vida, confundindo os termos. Padrão de vida é uma medida que calcula a qualidade e quantidade de bens e serviços disponíveis. Neste sentido, os aspectos biológicos estão relacionados à atividade funcional do corpo; os aspectos sociais estão voltados as questões de afetividade e relações sociais; os psicológicos estão voltados aos fatores psíquicos; já, os espirituais fazem conexão com os aspectos de esperança, ligados as questões de forças intrínsecas de cada indivíduo (de Farias Camboim et al., 2017).

No entanto, os autores ainda complementam que existe uma complexidade na definição, pois, qualidade de vida apresenta vastas características que envolvem a percepção de cada indivíduo, bem como, as condições de saúde físicas e mentais, o que a torna subjetiva. Já no que se refere a qualidade de vida na área do envelhecimento, os fatores associados estão mais relacionados a manutenção do corpo e mente, e, também, ao estilo de vida do idoso, ou seja, a forma como desenvolvem as expectativas envolvendo os aspectos sociais, valores, metas, cuidados voltados à própria saúde no cotidiano (alimentação, atividades físicas, sono, lazer etc.).

Estudos em gerontologia apontam que o processo de envelhecimento ocasiona alterações gradativas e naturais nos aspectos físicos, psíquicos e sociais de cada indivíduo. No entanto, esses fatores são subjetivos, ou seja, irá depender do histórico de vida e condições genéticas de cada indivíduo. Porém, isso não determina que o envelhecer deva ser considerado patológico. Neste sentido, para alcançar a longevidade, é de extrema importância garantir um estilo de vida saudável, garantindo assim, maior qualidade de vida (da Silva; de Souza & Ganassoli, 2017; Neri, 2009; Parente et al., 2007; Stuart-Hamilton, 2008).

No que se refere a qualidade de vida na velhice, é preciso avaliar áreas como: saúde, trabalho, capacidade de autonomia no cotidiano, qualidade nas relações sociais, moradia em boas condições, equilíbrio dos fatores estressores, entre outros, para isso, é necessária uma avaliação geral da própria vida, buscando o bem-estar subjetivo. É nessa perspectiva, que vale

ressaltar a importância da autonomia do idoso, de forma que, quanto mais autonomia o idoso tiver sobre suas tarefas do cotidiano, maior seu nível de satisfação com a vida e, por conseguinte melhora na qualidade de vida e independência (de Farias Camboim et al., 2017; Neri, 2009, Parente et al., 2007; Stuart-Hamilton, 2008).

## **2.2 A Importância da Autonomia Para o Idoso**

A autonomia é parte integrada aos direitos do indivíduo, pois, possibilita gerir a própria vida de maneira digna. No entanto, quando falamos em autonomia na terceira idade, de certa forma, já não é garantida, devido ao processo inevitável do envelhecimento, que irá impactar diretamente na qualidade de vida e conseqüentemente na diminuição desta autonomia da pessoa idosa. No entanto, para que o idoso tenha o máximo de tempo e autonomia positiva durante o processo natural do envelhecimento, é preciso conscientizar e estimular o ciclo familiar, cuidadores e até mesmo a sociedade em geral, num sentido de compressão mútua sobre a atenção e cuidados que o idoso precisa em seu estilo de vida. Isso propicia ao idoso, sentimentos de pertencimento, reconhecimento e aceitação com o processo do envelhecer, numa conexão mais ativa e produtiva no âmbito das vivências diárias (Gomes, et al., 2020).

Na medida que a idade avança, é perceptível os sinais de declínio não só nas aparências, mas com a saúde também, principalmente, com o aparecimento alguma patologia que pode vir a comprometer a bem-estar do idoso. Sabe-se, que a autonomia é um dos fatores que mais reestabelece e influencia psicologicamente a pessoa idosa, visto ser a mesma a promover independência, liberdade e integridade ao idoso, um componente fundamental para garantir maior qualidade de vida nesta etapa da vida, pois, garante a capacidade na tomada de decisões e realizações das tarefas diárias (Carmo, 2019).

Ainda, de acordo com a autora acima, a autonomia do idoso é determinada pela capacidade do idoso realizar suas tarefas diárias, ou seja, sua capacidade de independência e na tomada de decisões, pois esses fatores tendem a se agravar com o avançar da idade. Em um comparativo de gênero, destacam-se as mulheres como mais dependentes que os homens, isso devido ao fator das mulheres apresentarem uma expectativa de vida superior aos homens, pelo facto de manterem uma disciplina com os cuidados de saúde ao longo da vida.

### III. O CUIDADOR INFORMAL

O Significado da palavra cuidar vem do latim que significa *coera* (cura) e *cogitare/cogitatus* (cuidado), ambas palavras são usadas no contexto de atribuição de amor, amizade, cautela e carinho (Ferreira, 2009).

A contemporaneidade trouxe novas configurações ao contexto familiar. Graças ao avanço tecnológico da medicina e em outras áreas ligadas a saúde, o envelhecer tornou-se possível e comum nos tempos atuais. Desta forma, muda-se a dinâmica das famílias, tendo de haver uma reorganização para auxiliar e/ou prestar suporte aos mais idosos. É neste sentido que surge o papel do cuidador familiar ou o cuidador informal, aquele que presta auxílio sem custo ou remuneração, apesar de a tarefa do cuidar e proteger acompanhar o ser humano desde a sua existência, se intensifica neste novo cenário, com ou aumento da longevidade (Lopes, 2017; Falcão & Bucher-Maluschke, 2009; Pereira, 2011).

Assim, surge então a necessidade de saber desenvolver o papel de cuidador, e a sobre a quem é designado esse papel e como se dá a dinâmica familiar envolvida nas tarefas do cuidar. O tópico abaixo propõe levantar essas questões que envolvem o cuidar, bem como, o desgaste físico e mental para aquele que irá desempenhar as tarefas.

#### 3.1 O Papel do Cuidador Informal

As questões norteadoras do cuidar estão voltadas ao contexto de sobrevivência de todas as espécies, não é diferente na espécie humana, desde o nascimento até a velhice. Assim, os cuidados com a pessoa idosa estão inseridos no âmbito social e familiar, portanto, esse cuidar envolve assistir o idoso em suas atividades básicas do cotidiano, dando suporte necessário para ajudá-lo em suas decisões e opções de vida, aceitando-o sem julgamentos. Deste modo, o cuidar relaciona-se as tarefas de zelar pelo bem-estar do idoso, prestando assistência e assumindo os encargos e responsabilidades inerentes ao ato de cuidar. Entendendo o conceito de prestação de cuidados, refere-se à ação de promover assistência ou cuidados a algum familiar, nas mais diversificadas ordens afetivas, financeiras ou qualquer outra necessidade (Grelha, 2009, p. 36).

Por cuidados informais, entende-se a função desempenhada voluntariamente por pessoas da rede familiar, ou pessoas contratadas pelos familiares sem mediações de organizações ou remunerações formais. O papel de cuidador informal vai muito além do

desempenho das atividades de apoio ao idoso na sua rotina diária. Cuidadores informais são familiares que prestam os cuidados à pessoa idosa dependente regularmente sem remuneração. É, no entanto, o primeiro responsável pela saúde do idoso dependente, é um familiar que toma o cargo e as responsabilidades voltadas ao cuidar da saúde deste familiar, desempenhando as tarefas de higienização, alimentação, manejos de medicação ou internação. Uma tarefa complexa e exaustiva, exigindo em grande parte esforços físicos e dedicação integral, tornando-se numa rotina exaustiva propiciando assim, o aumento dos níveis de estafa. Uma função em maior parte quase invisível ou reconhecida nos Serviços de Saúde, pois, o cuidador informal na grande maioria acaba por desenvolver doenças físicas e psicológicas em decorrência das execuções da tarefa de cuidar, do que as pessoas de mesma idade que não desenvolvem tais funções (Pereira, 2011, p. 13).

No entanto, vale ressaltar que as questões voltadas ao cuidar remetem aos contextos culturais, entendidos similarmente em quase todos os países do mundo. Assim, os valores morais e religiosos norteiam esse processo do cuidar do familiar dependente, percebido nas expressões como: “missão”, “fui escolhido”, “é a vontade de Deus”. Neste sentido, a maioria dos cuidadores familiares de idosos acredita que essas tarefas do cuidar é um dever moral da família, entendida como uma norma social que passa de geração para geração. Deste modo, “as razões que embasam a decisão de cuidar giram em torno de aspectos como: a) altruísmo; b) reciprocidade; c) gratidão; d) sentimento de culpa devido a erros do passado; e) aprovação social dos familiares e da sociedade por prestar esses cuidados” (Falcão & Bucher-Maluschke, 2009, p. 780).

As definições e escolhas do familiar cuidador são processos muito delicados, geralmente este familiar não se sente preparado para o desempenho de tal função, um fator relacionado à baixa estrutura literária, ou seja, a falta de conhecimento dificulta a busca por serviços que possam prestar ajuda ou apoio no desempenho das tarefas do cuidar. Porém, na maior parte dos casos as motivações para o desempenho de cuidar de um familiar dependente, estão relacionadas com questões emocionais e a afetividade que vem imbuída de valores construídos nos grupos familiares ao longo dos tempos, em um sentido de “obrigação” ou “dever” de cuidar dos mais velhos ou mais desfavorecidos. Assim, cuidar do cônjuge é entendido como uma questão de obrigação do matrimônio, relacionadas ao companheirismo, sentido de vida e preenchimento emocional. Neste sentido, esses cuidadores que buscam motivações intrínsecas, ou seja, o desejo de cuidar são os que encontram mais ressignificações no ato de cuidar, e conseqüentemente os que irão sentir menos sobrecarga (Lopes, 2017, pp. 8-10).

Aguiar et al. (2017), em seu estudo, pontuam sobre as diferentes relações e significados do cuidar atribuídos pelos familiares:

1. *Cuidado Significando Retribuição*: refere-se ao cuidado no sentido de gratificação e reconhecimento pelos cuidados recebidos do idoso ao longo da vida, num sentido de pensamento cultural e tradicional, em que os mais novos cuidam dos mais velhos, aludindo a retribuição do amor e reconhecimento da atenção recebido anteriormente pela pessoa idosa.
2. *Cuidado Significando Envolvimento Afetivo*: refere-se aos cuidados com envolvimento emocional e afetivo em volta da pessoa idosa, no sentido de carinho, admiração, dedicação, orgulho e respeito, frutos das relações estabelecidas ao longo da construção familiar. Para esse tipo de cuidados, são comuns os depoimentos:
3. *Cuidado Significando Obrigação*: refere-se à obrigação e dever moral, reforçados pelo compromisso social e cultural, neste aspecto pode variar de acordo com o contexto familiar e dinâmica familiar, levando por vezes, a uma questão de imposição tanto familiar quanto social (por lei). Nesta categoria, o significado do cuidar vem expresso na fala dos familiares da seguinte forma:

Os autores concluem ainda, que a forma como cada familiar presta seus cuidados, está ligada ao contexto familiar construído ao longo dos anos de vivências e afetividades, deste modo, são percebidas diferentes formas de cuidados revelados pelos cuidadores, cada um relacionado as questões subjetivas, fruto das relações interpessoal dos familiares envolvidos. No entanto, esses significados revelam que não é somente o idoso quem deve estar em evidência e em assistência, por vezes, toda a unidade familiar precisa ser assistida e cuidada, identificando assim, não só os aspectos negativos do cuidador, mas também da abertura para repensar o cuidado em um âmbito maior, o sistema familiar como um todo deve ser assistido (Aguiar et al., 2017).

Entretanto, indiferente do significado atribuído ao cuidar, as tarefas do cuidar exigem uma atenção e dedicação elevada, em alguns casos em tempo integral, o que, por vezes, limita o cuidador nos quesitos de vida pessoal. Consequentemente ao longo do desenvolver das atividades, essa rotina passa a gerar uma sobrecarga no cuidador tanto em níveis físicos quanto psicológico. Diferentes estudos referem aos aspectos acima, de acordo com Moreira e Caldas (2007), Simonetti e Ferreira (2008), Grelha (2009), Pereira (2011), Batista et al., (2012), Aguiar et al. (2017), Lopes (2017), Santos (2019), Gomes, et al. (2020), aludem as questões voltadas aos cuidadores.

É neste sentido, que surge a vertente de se pensar e atentar à saúde do cuidador, uma vez que o convívio familiar com a pessoa idosa e as pessoas que prestam os cuidados é desgastante, reflete e impacta na qualidade de vida de ambos, tanto o idoso, quanto o cuidador. Deste modo, é imprescindível a implementação e/ou redirecionamento das Políticas Públicas e Sociais voltadas para essas questões como uma rede de apoio aos familiares com pessoas idosas que necessitam de cuidados. Assim, a família que presta cuidados assume um papel de parceria junto aos serviços sociais de saúde auxiliando na melhoria e qualidade de vida do sistema familiar como um todo (Gonçalves et al., 2013).

### **3.2 O Familiar no Papel de Cuidador**

Em decorrência ao aumento da longevidade, conseqüentemente aumenta o número idosos e de cuidadores, geralmente na maior parte dos casos as funções de cuidar são atribuídas a um familiar, atreladas aos fatores de cultura, costumes e valores, além de estar assegurado por Lei. No Brasil, o Congresso Nacional decretou e o Presidente da República sancionou o Estatuto do Idoso Lei n.º 10.741, de 1.º de outubro de 2003, abaixo, nos Art. 2º e 3º<sup>3</sup> refere sobre os direitos da Pessoa idosa, bem como, das responsabilidades dos familiares.

Neste sentido, nos últimos anos a gerontologia volta o olhar sobre esses sujeitos que desenvolvem a função do cuidar. De acordo com várias pesquisas nesta área, na maioria dos casos essa função fica na responsabilidade das mulheres, geralmente cônjuge ou filha do idoso, raramente as noras ou outro parente, e bastante incomum os homens. De acordo com Neri (2009), em uma percepção geral, as mulheres cuidadoras estão na faixa dos 45 a 50 anos, normalmente com filhos adultos, aposentadas ou prestes a aposentarem-se, é comum que desenvolvam as tarefas do cuidar sozinhas. Assim, o papel do cuidar de idosos fragilizados é compreendido como uma função familiar, inserida por valores culturais na maior parte dos países pelo mundo.

Já, no que refere ao cuidador masculino, geralmente são os filhos do idoso ou netos (filhos do casal cuidador), a estes cabem as funções secundárias, ou seja, aquelas relacionadas

---

<sup>3</sup> “Art. 2.º O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. Art. 3.º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (Estatuto do Idoso, 2007, pp. 7-8)”.



às questões de tarefas externas, como a organização financeira, transportes, manutenções do lar e afins. Mas, frequentemente as funções de cuidados pessoais estão fortemente voltadas para a mulher, por questões culturais e ou tradições familiares, ainda assim, com todas as mudanças sociais que vem ocorrendo esta responsabilidade ainda sobrevém para as mulheres mais próximas do idoso dependente. Que por vezes, se dividem em desempenhar as tarefas do cuidar e organizarem outras tarefas como limpeza e manutenção das organizações do lar, e/ou com trabalho laboral remunerado (Gomes, et al., 2020; Santos, 2019).

Em contrapartida, existem aqueles responsáveis que se encontram em situações de imposição em ser o cuidador, um familiar que seja obrigado a assumir e desempenhar a tarefa de cuidar. Na maioria das vezes, este familiar não se sente preparado para desenvolver a função do cuidar, mas, por condições de decisão ou julgamento familiar apontando o mais apto ou disponível, ou até mesmo, em casos mais estritos, aqueles por ordens judiciais. E, conseqüentemente o desempenho desta função pode desenvolver altos níveis de estresse, ou até mesmo, futuras psicopatologias mais acentuadas, visto, não ter sido uma escolha espontânea para tal função (Baptista et al., 2012, p. 152).

### **3.3 Funcionamento Familiar Frente aos Cuidados do Idoso**

Com o aumento da longevidade junto acresce o número de idosos dependentes de terceiros, por vezes nem sempre decorrente de fatores de saúde, e sim, por questões biológicas do aumento da idade e degradação natural do corpo, surgindo assim, as dificuldades de autonomia para realizações das tarefas diárias, exigindo maiores cuidados no contexto domiciliar e social. Em decorrência a essas modificações demográficas, com a diminuição do número de familiares, modifica-se também o panorama dos cuidadores informais, exigindo dos familiares a busca por novas medidas para o suporte dos cuidados no contexto domiciliar do idoso, como a contratação de cuidadores informais fora do ambiente familiar (Neri, 2009; Santos, 2019).

Entretanto, na maioria dos casos por questões financeiras, os familiares não conseguem esse suporte e são ‘obrigados’ a dividir essas tarefas entre os membros, que por vezes sobrecarrega aqueles escolhidos pelo grupo familiar como o de ligação mais próxima, ou o mais velho, ou que vive com o idoso. De modo que, os cuidadores que vivem com o idoso acabam por privar-se na maior parte dos casos, de suas vidas pessoais em detrimento aos cuidados do idoso, recebendo assim, uma maior carga de estresse e desgastes físicos e

emocionais, diferentemente dos que não convivem com o idoso (Baptista et al.; 2012; Grelha, 2009).

Em decorrência aos fatores relacionados às mudanças demográficas e aumento da expectativa de vida, além da precariedade e incapacidade das instituições em suprir as demandas deste público, os cuidadores informais acabam por desenvolver papéis fundamentais na promoção da qualidade de vida dos idosos em situação de dependência. Portanto, esse papel certamente não é uma tarefa fácil, pois, vem acompanhado de vários fatores que envolvem a saúde física e psíquica, dificuldades econômicas e sociais do cuidador. Deste modo, as situações relacionadas ao cuidar de um idoso dependente instituem situações estressoras, por provocar mudanças significativas na vida dos cuidadores. Pois, o cuidar envolve uma atenção assídua, continuada, que por vezes, a função do ‘cuidar’ assume o papel de um agente estressor em que o cuidador deverá ajustar-se para lidar com a situação (Rocha & Pacheco, 2013, p. 51).

Comumente os cuidadores familiares desempenham os encargos sozinhos, geralmente os outros familiares, ao identificarem ou definirem entre o grupo familiar qual será o cuidador, passando então essa responsabilidade, deixam de oferecer suporte, ausentando-se das responsabilidades ativas do cuidar. Neste sentido, o cuidador principal é entendido com o cuidador *primário*, e os demais como *secundários*, aqueles que não se responsabilizam totalmente nos cuidados. Entretanto, por mais que os cuidados com o idoso estejam arraigados como normativos na família e entendidos pelo próprio idoso como uma fase esperada, na qual está certo de que receberá os devidos cuidados de algum de seus entes queridos. Ainda assim, configura-se uma crise para o cuidador primário, pois, as funções do cuidar são duradouras e desgastantes, em que as relações de afeto são substituídas por atenção e cuidados. É nesse sentido, em que o cuidador vai gradativamente se sobrecarregando no executar das tarefas cotidianas e conseqüentemente subindo os níveis de estresse (Neri, 2009).

#### IV. A SOBRECARGA NO CUIDADOR INFORMAL

Quem cuida de quem cuida? A narrativa aqui, é no sentido de apresentar o sofrimento psíquico por trás de quem executa as tarefas do cuidar. É pontuado ao longo dos textos que a sobrecarga está comumente associada à falta de auxílio ou apoio dos familiares nesta tarefa, e, relacionadas ao nível de dependência do idoso.

Geralmente, o cuidador não se apercebe imediatamente da sobrecarga, isso é notado somente quando uma patologia ou sinais de doenças advindas começam a se manifestar, e com isso, os serviços começam a ser delegados a outros familiares ou discutidos entre eles, fator esse, que agrava ainda mais a sobrecarga de quem cuida (Baptista et al., 2012; Neri, 2009; Santos, 2019).

As tarefas voltadas ao cuidar do idoso são comumente aspectos relacionados aos fatores culturais, são passados de gerações para gerações, mas não são debatidos ou ajustadas as distribuições dos encargos e/ou responsabilidades destes cuidados dentro dos contextos familiares, devido a estes fatos, tais responsabilidades sobrevivem somente a um único familiar, o qual como passar do tempo, ao longo do período de da execução das tarefas sentirá a sobrecarga tanto física, quanto mental (Santos, 2019).

Galvin et al., (2016) realizaram um estudo na Irlanda na perspectiva de explorar a natureza multidimensional da sobrecarga do cuidador. Constataram significativas associações entre a sobrecarga e o tempo que a pessoa executa as tarefas relacionadas aos cuidados diários prestados ao idoso; quanto mais tempo o cuidador passa executando as tarefas do cuidar, maiores são as probabilidades do aumento do sofrimento psicológico e desgastes físicos.

Zarit et al. (1998) referem a sobrecarga dos cônjuges cuidadores, ou seja, a parceira ou parceiro que acompanham e/ou vivenciam o processo de envelhecimento e debilitação juntos, a sobrecarga do cônjuge torna-se mais elevada devido a própria condição física do cuidador, ou seja, um cuidador com idade avançada e com condições de saúde comprometida. Desta forma, as tarefas do cuidar tornam-se desgastante elevando os níveis de desgaste físicos e emocionais, neste sentido, os autores pontuam sobre a importância do apoio dos demais membros da família na assistência aos cuidados diários, de modo que quando não é possível o auxílio dos familiares é importante pensar na institucionalização dos serviços, diminuindo assim, a sobrecarga do cuidado.

A busca por alternativas de melhora para qualidade de vida do cuidador, vão desde a divisão das tarefas entres os familiares e/ou até mesmo descentralizar os serviços para as instituições privadas e remuneradas em alguns casos, porém, aqueles que não podem custear

esses serviços veem submetidos a tais responsabilidades, desta forma ressalta-se a importância de políticas públicas voltadas para o apoio da pessoa idosa e dos familiares, garantindo assim um envelhecimento com mais qualidade (Falcão & Bucher-Maluschke, 2009). Abaixo desenvolve-se essa temática, abordando sobre a sobrecarga do cuidador, bem como, as configurações e consequências desta temática.

#### **4.1 Fatores Relacionados a Sobrecarga do Cuidador Informal**

A sobrecarga geralmente está associada às situações de dependência do idoso, de modo que, quanto maior os níveis de dependência, maior o desgaste na execução das tarefas. A falta de autonomia está relacionada às condições de saúde do idoso, aos tipos de doenças incapacitantes crônicas, exigindo assim do cuidador maior empenho nas tarefas desenvolvidas. Assim, o nível de dependência do idoso pode ser considerado como um fator desencadeante de estresse físico e mental no cuidador (Baptista et al., 2012). Desta forma, o adoecimento dos cuidadores não está somente relacionado às tarefas do cuidar em si, mas também aos encargos de tempo e dedicação necessários para satisfazer as necessidades do idoso, privando muitas vezes as próprias necessidades (Galvin et al., 2016).

As execuções das tarefas do cuidar em longo prazo podem desenvolver nos cuidadores a sobrecarga. As modificações na vida do cuidador, após assumir as tarefas do cuidar, podem conduzir a diferentes preocupações em várias áreas, tanto nas questões econômicas, emocionais, familiar, social, entre outras. Os níveis de sobrecarga geralmente são determinados principalmente pelos fatores relacionados às doenças que geram incapacidades na pessoa idosa. As doenças neuropsiquiátricas são as que causam mais impacto nos cuidadores, por não se sentirem preparados o suficiente ou não saberem lidar ou organizarem suas vidas frente às necessidades da prestação de cuidados, pois, os cuidados relacionados às doenças neuropsiquiátricas vão além dos cuidados físicos, exigem do cuidador vigilância constante e maior habilidade em lidar com as alternâncias de humor do idoso acometido, com isso, os cuidadores ficam mais suscetíveis a desenvolverem depressão, ansiedades, estresse entre outras doenças psíquicas, em decorrência aos baixos níveis de bem-estar psicológico e físico (Lopes, 2017).

Alzahrani et al. (2017) avaliaram a sobrecarga dos cuidadores de pessoas com doenças mentais. Concluíram que os níveis de sobrecarga e/ou tensão são maiores em cuidadores que convivem com a pessoa doente, a pessoa que necessita dos cuidados. Dentre

estes, estão os cônjuges e filhos, ou seja, os familiares mais próximos, os níveis de tensão foram detectados maioritariamente entre os cuidadores com idades inferiores aos 30 anos. Percebe-se que a dinâmica familiar representa um ambiente onde ocorrem as tensões voltadas as reponsabilidades relacionadas ao cuidar.

A sobrecarga e os desgastes psicológicos dos cuidadores informais estão comumente relacionados à falta de apoio por parte dos familiares. De forma, são na maioria dos casos as mulheres que desempenham o papel de filhas cuidadoras, duplicando assim, as tarefas relacionadas ao lar e ao cuidar, tendo que responder as atenções aos filhos e marido e concomitantemente ao idoso que necessita de auxílio (Falcão & Bucher-Maluschke, 2009).

Em concordância com os autores acima, um estudo recente realizado em Portugal, desenvolvido por Brites et al. (2020), avaliou os níveis de sobrecarga nos cuidadores informais da pessoa com demência, o qual efetuou a comparação entre os dois gêneros, constatando que de fato as mulheres apresentam maiores níveis de sobrecarga.

Entretanto, os aspectos negativos estão relacionados o distanciamento afetivo entre os cônjuges gerando conflitos familiares voltados as ansiedades e desgastes físicos ou emocionais relacionados ao cuidar, para além de outros fatores mais concretos como dificuldades financeiras e sociais durante esse processo de prestação de cuidados. Neste sentido, são as configurações culturais e socioeconômicas em parte que determinam como as famílias vão gerir e se organizarem frente aos desafios e enfrentamentos das responsabilidades e tarefas atribuídas ao cuidador (Santos, 2019).

Um estudo realizado com cuidadores informais observou fatores culturais que podem interferir na percepção da sobrecarga. O estudo demonstrou que os cônjuges ou companheiros que convivem por um período na mesma casa realizando as tarefas do cuidar, e mesmo assim, não abdicam das atividades de lazer e outras atividades prazerosas, isso pode atenuar a sobrecarga. No entanto, a mesma situação observada noutro país (Grécia) apresentou resultados opostos, independente do estilo de vida, as tarefas e responsabilidades incumbidas do cuidar aumenta a sobrecarga. De forma que, o estado de saúde e a percepção subjetiva emocional do cuidador interfere nos níveis de sobrecarga, isso observou-se em todas as culturas analisadas (Konerding et al., 2019).

#### **4.2 Saúde Física e Mental dos Cuidadores Informais**

Os fatores de desgaste físico e mental, comumente são advindos do longo período realizando as tarefas do cuidar, de modo que, a maior parte dos desgastes não são possíveis de

identificação imediata. Os impactos são ocasionados muitas das vezes pelo despreparo dos cuidadores, tanto nas questões relacionadas a saúde física quanto mental, questões como a qualidade das relações familiares e a relação entre idoso-cuidador, a qualidade da saúde do idoso e o nível de dependência, a qualidade de saúde também do cuidador, visto, os estudos apontarem que parte destes cuidadores são cônjuges ou filhas e filhos, com idades avançadas, que também apresentam queixas de algum quadro de doenças crônicas e/ou psicológicas, tais como hipertensão, problemas cardíacos, diabetes, colesterol, estresse, ansiedade, depressão, dentre outras (Baptista et al., 2012; Gurgel, 2018).

Baptista et al., (2012) e Gurgel (2018) acrescentam, quanto mais preparados em relação as questões de formações e informações referentes ao como executar as tarefas do cuidar, melhores serão os desempenhos destes cuidadores ao realizar as tarefas voltadas ao idoso, diminuindo assim, o estresse ou desgastes físicos associadas a desorganização no desempenho das atividades cotidianas. No entanto, considerando o perfil dos cuidadores, a maior porcentagem são mulheres, filhas, com idades acima da meia idade, casadas, com filhos e encarregadas de múltiplas funções, tendo que driblar entre as diferentes tarefas, executar ainda, os cuidados ao idoso, são tantos tempos gastos na dedicação as tarefas, que acabam deixando-as sem tempo para o lazer e vida social, fatores estes, que impactam diretamente na saúde tanto física quanto mental.

Na perspectiva de se pensar em propor soluções as questões apresentadas acima, é indispensável trabalhar com as famílias na importância de mobilizar as políticas públicas e/ou recursos de assistências sociais para auxiliar nas demandas de cuidados da pessoa idosa, de maneira que, os cuidadores possam conhecer e recorrer aos diferentes recursos oferecidos, fortalecendo assim a rede de cuidados e assistência a família como um todo (White, 1997).

No Brasil, são oferecidos diferentes programas voltados ao idoso sob o abrigo da lei n.º 10.741, de 1.º de outubro de 2003 do Estatuto do Idoso, porém, numa carência maior voltados aos cuidadores. É sugestivo neste sentido, pensar em programas de assistências familiares, para minimizar os prejuízos e impactos físicos e emocionais do exercício dos cuidados ao longo do tempo, tais como: psicoterapia familiar, movimentos de psicoeducação do sistema familiar, pois assim, poderá auxiliá-los a identificar possíveis dificuldades, propondo um movimento familiar mais co-evolutivo, buscando seus próprios recursos (Gurgel, 2018; Stuart-Hamilton, 2008; White, 1997).

## V. CONCEITO DE *COPING*

### 5.1 *Coping*<sup>4</sup>

A palavra *coping* é originária da língua inglesa, que, traduzindo para o português significa: *lidar*. O *coping* é descrito como um conjunto de estratégias de enfrentamento utilizadas pelas pessoas para adaptações em diferentes situações estressoras. A partir da década de 1960, vários pesquisadores da área da psicologia dedicaram-se aos estudos desses conjuntos de estratégias, na perspectiva de compreender como os indivíduos desenvolvem esses mecanismos de defesa. Por volta da década de 1970 e a seguinte, surgiram outras gerações de pesquisadores apontando novas perspectivas em relação ao *coping*, novas questões foram abordadas focando nos comportamentos de *coping* e os determinantes cognitivos, bem como, nas situações a serem enfrentadas (Antoniazzi et al., 1988, pp. 274-275).

O modelo de *coping* de Folkman e Lazarus, foca na maneira como cada indivíduo compreende as situações adversas e como avalia os recursos que ele possui para lidar e/ou enfrentar as situações estressoras, considerando sempre as características resilientes de cada indivíduo, pois, são subjetivas. Neste sentido Folkman e Lazarus (1980, 1984, citados por Gadanho, 2014) pontuaram quatro conceitos principais para este modelo: a) *coping* compreende a um processo ou a interação entre o indivíduo e o ambiente; b) a função principal é controlar a situação estressora; c) o processo de *coping* sugere a noção e capacidade de avaliação, ou seja, como compreender o fenômeno e como representar cognitivamente; d) o *coping* define-se como uma junção de recursos, por meio dos quais os indivíduos exploram os recursos cognitivos e comportamentais para gerir a interatividade com o ambiente.

Referente ao conceito de *coping*, entende-se como um conjunto de pensamentos e sentimentos que possibilita o indivíduo manter um equilíbrio tanto física quanto mental frente as situações de ameaça, ou seja, uma forma de enfrentamento cognitivo e comportamental que as pessoas utilizam frente às situações estressoras. Portanto, é uma variável individual que diversifica de acordo com cada situação enfrentada e as estratégias diferem de indivíduo para indivíduo, visto dependerem de fatores intrínsecos e subjetivos. Assim, cada indivíduo

---

<sup>4</sup> Savóia (1996), que adaptou o instrumento utilizado nesta pesquisa para a versão brasileira, preferiu empregar o termo *coping* no sentido original em inglês, devido à utilização generalizada desta expressão dentro da comunidade científica brasileira. O seu significado se aproxima das expressões como “lidar com” ou “enfrentamento”, ou seja, habilidades para lidar com ou enfrentar situações de estresse.

desenvolve suas estratégias considerando sua percepção subjetiva das vivências frente aos desafios utilizando assim, de estratégias próprias de enfrentamento (Pinheiro et al., 2003).

Deste modo, o *coping* pode ser considerado como um esforço que envolve não somente os fatores cognitivos como os comportamentais, com a proposta de mediar ou gerir situações estressoras quer externas ou internas ao indivíduo. Em um sentido mais amplo, pode-se dizer que o *coping* consiste em um processo mediador e regulador da interação do indivíduo com o meio (Folkman & Lazarus, 1984).

## 5.2 Estratégias de *Coping*

Parente et al. (2007, pp. 275-281), pontuam em relação as estratégias de enfrentamento - *coping* como sendo “um conjunto de mecanismos de que o organismo faz uso em reação aos agentes de estresse, representando a forma como cada pessoa avalia e lida com essas agressões”. Em relação aos cuidadores informais estudos voltados à temática, referem que os cuidadores podem desenvolver diferentes estratégias de *coping* para lidar com os estressores relacionados ao cuidar.

Assim, a utilização de uma análise lógica da situação estressora contribui para a elaboração de diferentes estratégias de resolução de problemas, possibilitando então, a regulação das emoções negativas e elaborando novos sentimentos de autoeficácia, domínio e controle dos agentes estressores. Assim, o bem-estar subjetivo dos cuidadores informais pode ser consideravelmente influenciado pela capacidade de avaliação cognitiva e pelas estratégias de *coping* utilizadas no manejo das situações estressoras (Parente et al., 2007; Santos, 2019).

Numa perspectiva psicológica, as estratégias de *coping* advêm da capacidade mental e/ou psicológica que cada indivíduo possui para lidar ou enfrentar determinada situação estressora. Promovendo assim, uma maior habilidade e compreensão na gestão das ameaças sintomatológica advindas de alguma situação de desconforto emocional (Pearlin et al., 1990).

De acordo com Taylor e Stanton (2007), as estratégias de *coping* são classificadas em duas vertentes: as adaptativas e as não-adaptativas. Para estes autores, as pessoas que enfrentam situações estressoras e conseguem gerir positivamente mantendo a qualidade da saúde mental, estas, possuem determinadas características individuais mais efetivas, tais como: otimismo; controle psicológico; autoestima e o apoio social.

Entretanto, o modelo de *coping* utilizado nesta pesquisa foi adaptado para língua portuguesa pela autora e pesquisadora Mariângela Gentil Savóia em 1996 pela USP -



Universidade de São Paulo. O *Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus (1986)*, apresenta critérios de maior aceitabilidade de conteúdo, que estão descritos na parte referente aos métodos e instrumentos utilizados nesta pesquisa.

### **5.3 O *Coping* como Estratégia no Manejo das Situações de Sobrecarga Relacionadas ao Cuidador Informal**

Nas culturas ocidentais as pessoas mais velhas comumente optam por manter a autonomia relativamente as suas rotinas, porém preferem viver perto de pelo menos um familiar ou parente de afinidades. Estudos mostram que 80% dos casos, os idosos moram no mínimo cerca de 30 minutos da casa de algum familiar. Assim, os familiares próximos são entendidos pelos idosos como um apoio assistencial, ou seja, um suporte nos momentos de crises. Desta maneira, vão-se constituindo as funções e o desenvolver dos papéis dos cuidadores informais, sutil e gradativamente conforme aumenta as questões de cuidados e debilitações da pessoa idosa. Entretanto, quando em situações de crises de maior suporte, e/ou auxílio, grande parte dos familiares não se sentem preparados ou não sabem lidar com a situação, o que conseguinte, desenvolve situações de sobrecarga mediante as questões norteadoras do cuidar da pessoa idosa (Santos, 2019; Stuart-Hamilton, 2008).

Grün et al. (2016) apresentaram um estudo em Luxemburgo no qual investigaram os fatores provenientes de pacientes com Parkinson e do cuidador que contribuem para a sobrecarga deste. O estudo apontou que os problemas relacionados a falta de autonomia do paciente idoso demandam maior tempo e dedicação, principalmente nos cuidados noturnos que por vez, impacta na qualidade do sono do cuidador, podendo acarretar insônia e desgaste físicos, fatores estes que vão impactar diretamente na qualidade de vida do cuidador. Desta forma, é importante que o cuidador não só aprenda a ser resiliente como também, saiba lidar e enfrentar os desafios da tarefa de cuidar com menos sofrimento, diminuindo assim, os impactos e sobrecarga desta função.

Dentro deste contexto o *coping* difere de resiliência, pois possuem definições diferentes, ainda que ambos se complementem, é importante incluir que “o *coping* é fundamental para se compreender a capacidade de resiliência do indivíduo. Apesar de o *coping* servir para descrever uma determinada abordagem do processo de resiliência, estes dois conceitos não são sinônimos já que resiliência implica modalidades de resistência ao estresse e a capacidade de enfrentar chamamos de *coping*, mas também se refere à capacidade

de prosseguir o desenvolvimento e aumentar as suas capacidades numa situação adversa”. Assim, existem várias estratégias do *coping*, as mais utilizadas estão relacionadas às capacidades resilientes do indivíduo gerir e confrontar das situações de sobrecarga relacionadas ao cuidar (Ribeiro & Morais, 2010, p. 07, *citado por* Sinclair & Wallston, 2004).

## **PARTE II – PARTE EMPÍRICA**

## 2. MÉTODO

A proposta deste capítulo é apresentar todos os procedimentos metodológicos utilizados para realizar esta pesquisa. Integra a descrição dos objetivos geral e específicos, delineamento, população e amostra e os instrumentos e os procedimentos utilizados na recolha e tratamento dos dados. Tratou-se de uma pesquisa de cunho quantitativo e transversal, privilegiando o uso de instrumentos que obtêm informações objetivas com um nível elevado de fidedignidade.

### 2.1 Objetivo Geral

A pesquisa teve como objetivo avaliar o nível de sobrecarga dos cuidadores informais da pessoa idosa, bem como, verificar as diferentes estratégias de *coping* utilizadas no manejo das situações de sobrecarga relacionadas ao cuidar, em função do nível de autonomia (AVDs) da pessoa idosa.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Examinar a relação entre o nível de autonomia da pessoa idosa e o nível de sobrecarga do seu cuidador informal;
- Verificar a relação entre as estratégias de *coping* utilizadas pelos cuidadores informais, relativamente aos níveis de sobrecarga;
- Verificar se as estratégias de *coping* utilizadas pelos cuidadores informais constituem uma variável mediadora da relação entre o nível de autonomia da pessoa idosa e o nível de sobrecarga do seu cuidador informal.

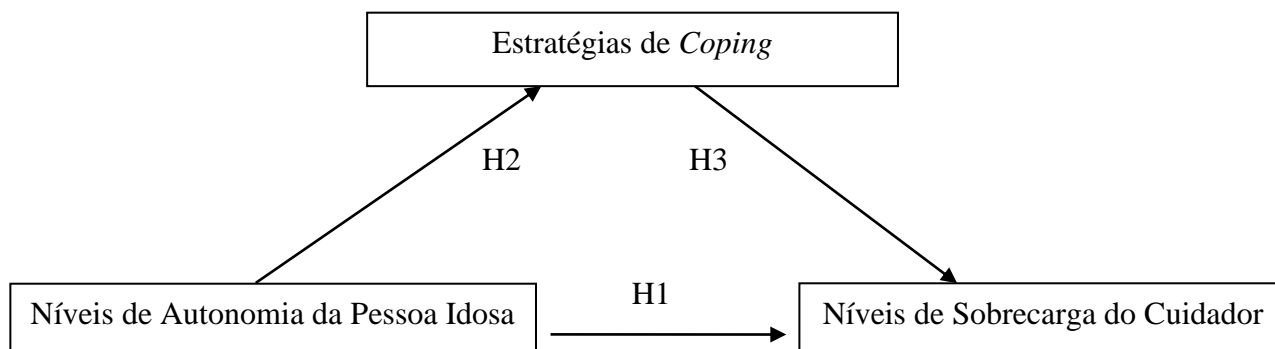
### 2.3 Hipóteses em Estudo

**H1:** Quanto maiores os níveis de dependência da pessoa idosa, maior o nível de sobrecarga do cuidador informal;

**H2:** Existe uma relação entre as estratégias de *coping* utilizadas pelos cuidadores informais e os seus níveis de sobrecarga;

**H3:** As estratégias de *coping* utilizadas pelos cuidadores informais, constituem uma variável mediadora dos níveis de sobrecarga, relativamente aos níveis de autonomia. Na figura 4, compreende-se as variáveis e as hipóteses em estudo.

**Figura 04.** *Modelo de Estudo*



## 2.4 População e Amostra

Participaram deste estudo uma amostra de conveniência constituída por 42 cuidadores informais de pessoas idosas, de ambos os sexos, com idade compreendida entre os 20 a 68 anos, com uma média de idade de 40.31 anos. A coleta de dados foi realizada em diferentes municípios pertencentes ao Estado de Rondônia na Região Amazônica no norte do Brasil.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em concordância. Como critérios de inclusão foram aceites indivíduos de ambos os sexos que estivessem executando a função de cuidador informal da pessoa idosa acima de 60 anos, nos critérios de exclusão aqueles que não encaixaram no critério anterior.

A amostra foi composta por 42 cuidadores informais, sendo sete (16.7%) do sexo masculino e 35 (83.3%) do sexo feminino. Referente ao estado civil a maior percentagem é de solteiros ( $n = 16$ , 38.1%), seguindo-se os casados ( $n = 11$ , 26.2%), os divorciados ( $n = 8$ , 19.0%); em união estável ( $n = 4$ , 9.5%) e, em menor percentagem, os viúvos ( $n = 3$ , 7.1%). Relativamente aos níveis de escolaridade, ( $n = 20$ , 47.6%) possuem nível superior, ( $n = 14$ , 33.3%) o ensino médio e ( $n = 8$ , 19.0%) o ensino fundamental.

Relativamente ao grupo etário, a maioria dos cuidadores informais destacam-se entre os 51-55 anos (16.7%); 14.3% estão com idades compreendidas entre os 21-25, e a mesma

percentagem entre os 31 e os 35, e entre os 36 e os 40. Há 11.9% de participantes entre os 46 e os 50, 9.5% entre os 26-30, 9.5% com mais de 55 anos e 2.38% entre os 18 e os 20 anos.

Referente às profissões apresentadas pelos cuidadores informais destacam-se a profissão do lar, visto a amostra representada nesta pesquisa ser constituída maioritariamente pelo público feminino e pelo fato de as cuidadoras, por vezes, abdicarem do trabalho remunerado para executarem somente os afazeres domésticos e as tarefas relacionadas aos cuidados da pessoa idosa e da família (cf. Tabela1).

**Tabela 1.** *Distribuição dos Cuidadores Informais Relativamente a Ocupação Profissional (n=42)*

<i>Variáveis</i>	<i>Níveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Ocupação Profissional	Do lar	19	45.2%
	Agricultor	4	9.5%
	Professora	3	7.1%
	Estudante	3	7.1%
	Desempregada	3	7.1%
	Servidor Público	2	4.8%
	Administrativo	1	2.4%
	Diarista	1	2.4%
	Advogado	1	2.4%
	Recepcionista	1	2.4%
	Atendente	1	2.4%
<i>Total</i>		42	100.0%

Relativamente à distribuição dos cuidadores informais em relação ao grau de parentesco com o idoso, a maioria são filhas ou filhos, seguindo-se os netos ou netas e demais com distribuições iguais de porcentage para as esposas ou esposos, genros e noras. Percebe-se que um pouco mais de metade dos cuidadores informais vivem com os idosos (cf. Tabela 2).

**Tabela 2.** *Distribuição dos Cuidadores Informais Relativamente ao Grau de Parentesco e Moradia (n=42)*

<i>Variáveis</i>	<i>Níveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Parentesco	Filho(a)	32	76.2%
	Neto(a)	7	16.7%
	Nora	1	2.4%
	Esposo(a)	1	2.4%
	Sobrinho(a)	0	0.0%
	Total	42	100.0%
Mora com o idoso	Sim	23	54.8%
	Não	19	45.2%
<i>Total</i>		42	100.0%

No que se refere aos tempos de cuidados prestados ao idoso, maioria dos cuidadores informais encontram-se relativamente entre 1 e 3 anos. Relativamente à capacitação para realizar as tarefas do cuidar da pessoa idosa, a maioria dos cuidadores informais responderam que não receberam nenhum tipo de formação ou preparação para efetuar os cuidados do idoso, somente três participaram de formações ou receberam algum tipo de apoio profissional para realizar as tarefas do idoso com mais capacitação (cf. Tabela 3).

Geralmente, os que receberam algum tipo de capacitação percebeu-se que estão relacionados aos idosos com algum tipo de dependência maior, de maneira que passaram por acompanhamento médico mais específico e acabaram por receber da equipe médica algum tipo de informações e/ou formações para realizar as tarefas do idosos, tais como: trocar a sonda ou no manuseio da alimentação líquida ou pastosa, locomoção adequada por fisioterapeutas etc.

**Tabela 3.** *Distribuição dos Cuidadores Informais Relativamente ao Tempo de Prestação dos Cuidados, Capacitação para Realizar os Cuidados e Renda Mensal (n=42)*

<i>Variáveis</i>	<i>Níveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Tempo Que Presta os Cuidados	1-3 Anos	23	54.8%
	4-6 Anos	8	19.0%
	7-9 Anos	6	14.3%
	10-12 Anos	4	9.5%
	>15 Anos	1	2.4%
	13-15 Anos	0	0.0%
<i>Total</i>		42	100.0
Capacitação Para Realizar os Cuidados	Não	39	92.9%
	Sim	3	7.1%
<i>Total</i>		42	100.0%
Renda Mensal	>1 Salário-Mínimo <sup>5</sup>	33	78.6%
	1 Salário-Mínimo	8	19.0%
	<1 Salário-Mínimo	1	2.4%
	<i>Total</i>	42	100.0%

Relativamente à Espiritualidade/Religião dos cuidadores informais, o maior percentual é para cuidadores da religião católica com seguindo os cristãos (Evangélicos) e demais religiões (cf. Tabela 4).

<sup>5</sup> O valor do salário-mínimo em 2022 no Brasil, estabelecido pelo Governo Federal, é de R\$ 1.212,00, fixado pela Medida Provisória nº 1.091/2021, de 30 de dezembro de 2021 (Brasil, 2022).



**Tabela 4.** *Distribuição dos Cuidadores Informais em Percentis Relativamente à Espiritualidade/Religião (n=42)*

<i>Variáveis</i>	<i>Níveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Religião	Católico	19	45.2%
	Cristã (Evangélica)	12	28.6%
	Não tem	5	11.9%
	Adventista do 7º Dia	4	9.5%
<i>Total</i>		42	100.0%

De acordo com amostra relativo as comorbidades dos idosos que recebem os cuidados, somente ( $n = 10$ , 23.8%) apresentaram algum tipo de comorbidade e ( $n = 32$ , 76.2%) não mencionaram nenhum tipo comorbidades.

A variável relativa à idade da pessoa idosa não foi mencionada, pois os critérios de inclusão desta pesquisa foram para pessoas com idade acima dos > 60 anos, idade instituída pela Lei 10.741 em outubro de 2003 do *Estatuto do Idoso*, a qual considera uma pessoa como idosa a partir dos 60 anos (art. 1.º)<sup>6</sup>.

## 2.5 Instrumentos

### 2.5.1 Questionário Sociodemográfico

Para a coleta dos dados foi elaborado pela própria autora um questionário sociodemográfico, com bases em pesquisas bibliográficas referentes ao tema da pesquisa. De acordo com Chizzotti (2006, p. 55): “(...) o questionário consiste em um conjunto de questões pré-elaboradas, sistemáticas e sequencialmente dispostas em itens que constituem o tema da pesquisa”, com a finalidade de obter respostas quantitativas, ou seja, uma interlocução esquematizada (Gil, 1999).

Desta forma, o questionário elaborado para esta pesquisa compôs 20 questões (abertas e fechadas) e teve por finalidade levantar dados sociodemográficos (idade, sexo,

<sup>6</sup>“Art. 1.º É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade  $\geq 60$  (sessenta) anos” (Estatuto do Idoso, 2007, pp. 7-8).

estado civil, escolaridade, profissão, religião, grau de parentesco com a pessoa idosa, tempo de prestação de cuidados, quantidade de pessoas no domicílio, comorbidades e renda familiar) pertinentes ao tema da pesquisa. Para caracterizar o cuidador informal foi constituído um questionário geral (conf. Apêndice B).

### **2.5.2 Inventário de Estratégias de Coping (Versão Brasileira Adaptada)**

Utilizou-se o Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus (1985), versão Brasileira adaptada por Savóia, Santana e Mejias (1996). Este inventário “é um questionário que contém 66 itens que englobam pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas ou externas de um evento estressante específico” (Savóia et al., 1996, p.184).

O Inventário de Estratégias de *Coping* divide-se em oito fatores, que são agrupados em 66 itens, distribuídos 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, 45,8 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); Fator 8 - reavaliação positiva (itens 23, 30, 36, 38, 60, 56 e 20) (Savóia & Amadera, 2016, pp. 118-119).

“Para verificar a adequação da tradução, foram obtidos coeficientes de correlação entre os escores do inventário aplicado em português e os escores do inventário aplicado em inglês para os quatro juízes. A menor correlação encontrada foi de 0,138, referente ao juiz C, e a maior, 0,703, referente ao juiz B. Para os juízes A e D, as correlações obtidas foram 0,552 e 0,401, respectivamente. Estes resultados indicam que a tradução se manteve fidedigna ao original com relação à interpretação das questões” (Savóia et al., 1996, p. 188).

Folkman et al. (1986) pontuam e descrevem os oito fatores da seguinte forma:

1. “Confronto (esforços agressivos de alteração da situação que contém um certo grau de hostilidade e de risco);
2. Afastamento (esforços de afastamento de circunstâncias adversas e a tentativa de criação de uma perspectiva positiva por desvalorização da situação estressante);
3. Autocontrole (esforços de regulação dos próprios sentimentos e ações);

4. Suporte Social (esforços de procura de suporte informativo, suporte tangível e suporte emocional);
5. Aceitação da Responsabilidade (reconhecimento do próprio papel no problema e tentativa concomitante de refazer as coisas);
6. Fuga-Esquiva (esforços cognitivos e comportamentais desejados para escapar ou evitar o problema);
7. Resolução de Problema (esforços deliberadamente focalizados no problema, visando alterar a situação, e associados a uma abordagem analítica de solução do problema);
8. Reavaliação Positiva (esforços de criação de significados positivos, destacando o crescimento pessoal; inclui também uma dimensão religiosa)” (citado por Silva, Sousa & Mendes, 2020, p. 120).

O questionário pode ser aplicado pelo pesquisador ou autopreenchido. Este instrumento foi selecionado na perspectiva de compreender quais as estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelos cuidadores informais em relação a realização das tarefas pertinentes ao cuidar da pessoa idosa.

### ***2.5.3 Escala de Sobrecarga do Cuidador - Versão Brasileira Reduzida - Scale Zarit Burden Interview-ZBI***

Foi utilizada a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (*Scale Zarit Burden interview-ZBI*, (Zarit & Zarit, 1983; Martín, 1996; Scazufca, 2002), na versão Brasileira adaptada por Scazufca (2002). Para este estudo utilizou-se o modelo reduzido adaptado pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Atenção à Saúde do Departamento de Atenção Básica voltados para o Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.

A escala possui sete itens e tem como objetivo avaliar o impacto causado pelo cuidar nos aspectos físicos, emocionais e sociais, apresentando os seguintes escores: até 14 pontos sobrecarga leve; 15 - 21 sobrecarga moderada; acima de > 22 pontos, sobrecarga grave. Cada item é pontuado de 1 a 5: (1) Nunca; (2) Quase nunca; (3) Às vezes; (4) Frequentemente; (5) Quase sempre. A pontuação total varia entre 0 e 35 pontos, assim, quanto maior a pontuação maior a sobrecarga.

A consistência interna e validade do ZBI da versão original é: *alpha* de Cronbach = .93; teste-reteste:  $r = .76$ . Já, a consistência interna para versão brasileira do instrumento foi

de: *alpha de Cronbach*  $\alpha = .87$  (Sczufca, 2002). A versão reduzida apresentou uma consistência interna de  $\alpha = .81$  *alpha de Cronbach*.

#### **2.5.4 Índice de Barthel - Avaliação das Atividades Diárias-AVDs**

Para avaliar o nível de dependência dos idosos nas atividades básicas diárias, utilizou-se o Índice de Barthel – Avaliação das Atividades Diárias-AVDs (Shah et al., 1982), versão brasileira adaptada por Minosso et al. (2010).

O Índice de Barthel avalia as atividades da vida diária e afere a independência funcional ao nível do cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações. “Na versão original, cada item é pontuado de acordo com o desempenho do paciente em realizar tarefas de forma independente, com alguma ajuda ou de forma dependente. Uma pontuação geral é formada atribuindo-se pontos em cada categoria, a depender do tempo e da assistência necessária a cada paciente.

A pontuação varia de 0 a 100, em intervalos de cinco pontos, e as pontuações mais elevadas indicam maior independência (Severa: < 45 pontos; Grave: 46 - 59 pontos; Moderada: 60 - 80 pontos; Leve: 81 - 100 pontos). As atividades avaliadas são divididas em 10 tarefas avaliadas: “alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminações intestinais, eliminações vesicais, uso do vaso sanitário, passagem cadeira-cama, deambulação e escadas”.

No que se refere à consistência interna, verificada pelo coeficiente *alpha de Cronbach*, para cada fator e para cada escala, o estudo da confiabilidade encontrou valor de *alpha de Cronbach* de .90 para a escala total (Minosso et al., 2010).

## **2.6 Procedimentos Éticos**

A proposta de realização desta pesquisa foi exposta a Professora Orientadora Dr.<sup>a</sup> Rute Brites, a qual aderiu e colocou-se à disposição para a participação e acompanhamento de todo o procedimento por meio de orientações e supervisões. Por conseguinte, para a elaboração da presente pesquisa foi realizado um estudo bibliográfico acerca do tema proposto, em seguida definiu-se a problemática a ser investigada. O projeto de pesquisa foi enviado para a Comissão de Ética do CIP – Centro de Investigação em Psicologia da UAL – Universidade Autónoma de Lisboa, com consentimento da autora, tendo obtido o parecer favorável. Após a aprovação pela Comissão Científica do Departamento de Psicologia da

UAL, foi realizado o contato com os sujeitos para prosseguir com a coleta de dados, que aconteceu da seguinte forma: foram impressos os instrumentos de coleta de dados acima mencionados, juntamente com a Declaração de Compromisso de Confidencialidade e Sigilo na Recolha e Tratamento de Dados Pessoais, devidamente assinadas pela autora do projeto e o Termo de Livre Consentimento Esclarecido.

Para além dos instrumentos impressos, foram também adaptados em formato digital no *software word* de maneira editável, enviados via *e-mail* e/ou aplicativo de mensagens - *WhatsApp* para os participantes, me colocando à disposição para o esclarecimento de possíveis dúvidas. Feito isso, o recolhimento dos instrumentos, deu-se da mesma forma recebidos via *e-mail* e/ou *WhatsApp* conforme a disponibilidade dos participantes. Deste modo, os instrumentos foram respondidos de forma autoaplicáveis. Para além do envio dos instrumentos seguiu um texto informativo garantindo que todos os dados de identificação obtidos seriam mantidos em total sigilo.

A proposta da pesquisa era para ser realizada em várias Associações, Centros de convivência dos idosos e/ou em domicílio, em vários Municípios pertencentes ao Estado de Rondônia na Região Amazônica no norte do Brasil. Para além destes contatos, utilizaram-se também contatos informais, indo ao encontro de alguns cuidadores informais entregando os formulários e/ou outros enviados via *e-mail* e/ou *WhatsApp*, ajustando de acordo com as possibilidades no período da pandemia.

## **2.7 Procedimentos Estatísticos de Análise de Dados**

Após essa etapa, procedeu-se com a tabulação e análise quantitativa dos dados obtidos nos instrumentos, utilizando o programa informático *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 24.0 para o *Windows*. A análise envolveu dados estatísticos em porcentagens, frequências absolutas e relativas, valores máximos, mínimos, média e desvios-padrão. Calculou-se o coeficiente de consistência interna (*alpha de Cronbach*), a normalidade da amostra foi testada por meio do teste *Shapiro-Wilk* e analisou o coeficiente de correlação de *Spearman*. As análises de mediação foram realizadas pelo *Process* V4.1 - Andrew F. Hayes (mediação modelo 4).

## **PARTE III - RESULTADOS**

### 3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Esta parte da pesquisa dedicou-se à apresentação dos resultados de caracterização dos cuidadores informais e da pessoa idosa, examinando a relação entre o nível de autonomia da pessoa idosa e o nível de sobrecarga do seu cuidador informal. Bem como, descrever quais as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos cuidadores informais, relativamente ao nível de autonomia da pessoa idosa. Propondo assim, uma análise para verificar se as estratégias de *coping* do cuidador informal constituem uma variável mediadora da relação entre o nível de autonomia da pessoa idosa e o nível de sobrecarga do seu cuidador informal.

#### 3.1 Consistência Interna das Medidas

A consistência interna dos instrumentos utilizados nesta pesquisa foi para o Inventário de Estratégias de *Coping* (*Versão Brasileira Adaptada*) os cálculos do coeficiente *alpha de Cronbach* indicaram .93, uma consistência interna elevada para os itens globais.

Para a Escala de Sobrecarga do cuidador - Zarit e a fiabilidade dos cálculos do coeficiente *alpha de Cronbach* globais indicaram .831, uma boa consistência de confiabilidade e para o Índice de Barthel, a fiabilidade dos cálculos do coeficiente *alpha de Cronbach* globais foram de .877, uma boa consistência de confiabilidade (cf. Tabela 5).

**Tabela 5.** Coeficientes de Consistência Interna do Alpha de Cronbach das Medidas

<i>Instrumentos</i>	<i>Alpha global</i>	<i>n de itens</i>	<i>Alpha original</i>
Inventário De Estratégias de <i>Coping</i>	0.930	66	0.703
Escala de Sobrecarga do Cuidador-Zarit/ZBI	0.831	07	0.870
Índice de Barthel	0.877	10	0.900

### 3.1.1 Estatísticas Descritiva das Medidas

As estatísticas dos instrumentos utilizados nesta pesquisa consideraram uma amostra de 42 sujeitos (cuidadores informais).

Referente aos cuidadores informais verificou-se que, os níveis de autonomia aferidos pelo Índice de Barthel apresentaram uma média de 85.11 (DP = 19.55).

Quanto aos níveis de sobrecarga, aferidos pela Escala de Zarit, a amostra apresentou uma média global de 14.02 (DP = 5.26).

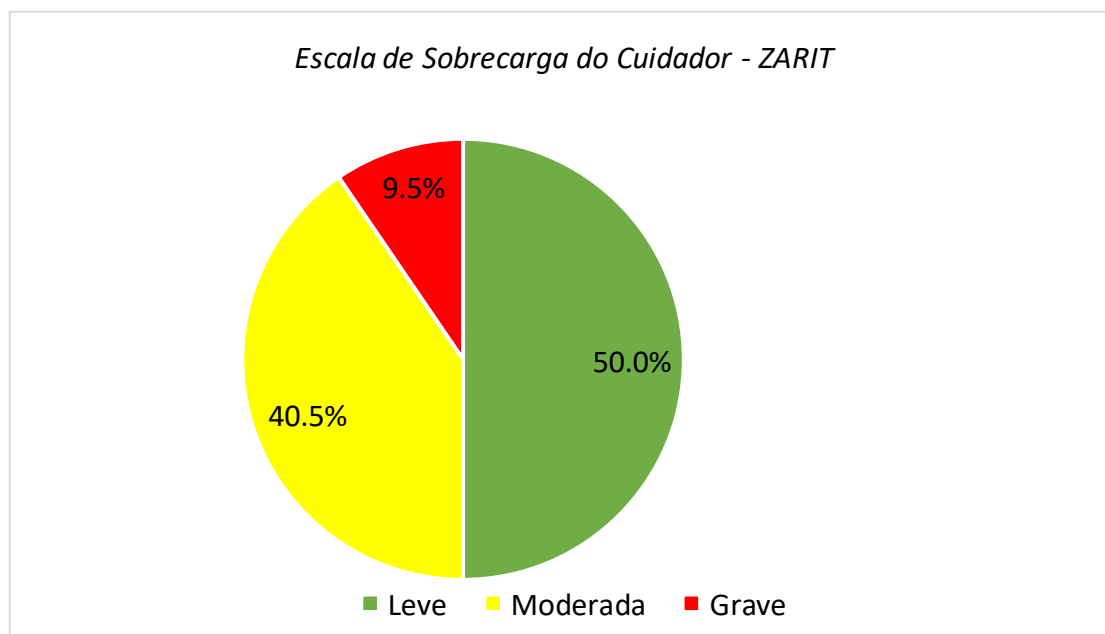
Referente ao inventário de *Coping*, os níveis aferidos apresentaram as seguintes médias para as dimensões: Confronto  $M = 6.38$  (DP = 3.90); Afastamento  $M = 8.47$  (DP = 3.99); Autocontrole  $M = 10.88$  (DP = 3.77); Suporte Social  $M = 11.04$  (DP = 4.56); Aceitação de responsabilidade  $M = 4.83$  (DP = 2.50); Fuga-esquiva  $M = 7.85$  (DP = 5.42); Resolução de problemas  $M = 10.42$  (DP = 4.25) e Reavaliação positiva  $M = 12.95$  (DP = 4.19), (cf. Tabela 6).

**Tabela 6.** Estatística Descritiva das Variáveis em Estudo

		<i>n</i>	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mediana
<b>Índice de Barthel</b>	Autonomia	42	25.00	100.00	<b>85.11</b>	<b>19.55</b>	95.00
<b>Escala de Zarit</b>	Sobrecarga	42	7.00	26.00	<b>14.02</b>	<b>5.26</b>	13.00
<b>Inventário de Coping</b>	Confronto	42	0.00	16.00	<b>6.38</b>	<b>3.90</b>	6.00
	Afastamento	42	1.00	15.00	<b>8.47</b>	<b>3.99</b>	8.50
	Autocontrole	42	1.00	18.00	<b>10.88</b>	<b>3.77</b>	10.50
	Suporte Social	42	1.00	18.00	<b>11.04</b>	<b>4.56</b>	12.00
	Aceitação de responsabilidade	42	0.00	10.00	<b>4.83</b>	<b>2.50</b>	5.00
	Fuga-esquiva	42	0.00	19.00	<b>7.85</b>	<b>5.42</b>	7.00
	Resolução de problemas	42	1.00	17.00	<b>10.42</b>	<b>4.25</b>	11.00
	Reavaliação positiva	42	1.00	18.00	<b>12.95</b>	<b>4.19</b>	13.50



**Figura 05.** Níveis de Sobrecarga do Cuidador (%) (Escala da Sobrecarga do Cuidador-Zarit)



A tabela 12 apresenta a distribuição dos dados do Índice de Barthel - Avaliação das Atividades Diárias-AVDS, relativamente aos níveis de autonomia da pessoa idosa nas atividades diárias. A maioria dos idosos apresentaram níveis de dependência leve (cf. Tabela 8). Vale destacar, de acordo com a amostra levantada apenas 23.8% dos idosos entrevistados possuíam algum tipo de comorbidade.

**Tabela 7.** Níveis de Autonomia nas Atividades da Vida Diária da Pessoa Idosa (n, %) (Índice de Barthel)

Variável	Níveis	n	%
Níveis de Autonomia	Severa [ $< 45$ ]	2	4.8%
	Grave [46-49]	1	2.4%
	Moderada [50-60]	7	16.7%
	Leve [60-80]	32	76.2%
<i>Total</i>		42	100.0%

Para examinar a aderência à normalidade das variáveis em estudo, utilizou-se o teste *Shapiro-Wilk*. Os resultados mostram que algumas variáveis possuem uma distribuição

normal ( $p > .05$ ), mas outras não. Assim, optou-se por utilizar a correlação de *Spearman*, um teste não-paramétrico (cf. Tabela 9).

**Tabela 8.** *Teste da Normalidade (Shapiro-Wilk)*

<i>Variável</i>	<i>Shapiro-Wilk</i>		
	<i>Valor</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Confronto	.958	42	.125
Afastamento	.965	42	.220
Autocontrole	.972	42	.382
Suporte Social	.952	42	.073
Aceitação de responsabilidade	.967	42	.256
Fuga-esquiva	.932	42	.015
Resolução de problemas	.946	42	.048
Reavaliação positiva	.905	42	.002
Autonomia	.760	42	.000
Sobrecarga	.940	42	.029

Relativamente aos níveis da sobrecarga dos cuidadores informais demonstrados nos resultados da Escala de Zarit, observa-se que 21 (50.0%) dos cuidadores informais apresentaram níveis leves de sobrecarga, 17 (40.0%) apresentaram níveis moderado e 4 (9.5%) apresentaram níveis graves de sobrecarga (Figura 5).

### **3.1.2 Associações Entre as Medidas**

Utilizou-se a correlação de *Spearman* para examinar a existência de associações entre as medidas em estudo (cf. Tabela 9).

**Tabela 9.** *Correlações de Spearman entre as variáveis*

<i>rô de Spearman</i>	Níveis de Autonomia	Níveis de Sobrecarga	Confronto	Afastamento	Auto controle	Suporte Social	Aceitação de responsabilidade	Fuga-esquiva	Resolução de problemas	Reavaliação positiva
Níveis de Autonomia	1.000									
Níveis de Sobrecarga	-0.232	1.000								
Confronto	-0.126	0.270	1.000							
Afastamento	0.077	0.280	<b>.306*</b>	1.000						
Autocontrole	0.016	0.193	0.207	<b>.749**</b>	1.000					
Suporte Social	0.125	0.222	0.268	<b>.450**</b>	<b>.403**</b>	1.000				
Aceitação de responsabilidade	0.212	0.201	<b>.318*</b>	<b>.535**</b>	<b>.409**</b>	<b>.495**</b>	1.000			
Fuga-esquiva	<b>.345*</b>	0.291	0.145	<b>.502**</b>	<b>.384*</b>	0.210	<b>.429**</b>	1.000		
Resolução de problemas	-0.111	0.139	0.209	<b>.461**</b>	<b>.473**</b>	<b>.642**</b>	<b>.452**</b>	0.257	1.000	
Reavaliação positiva	0.029	0.199	0.208	<b>.591**</b>	<b>.548**</b>	<b>.670**</b>	<b>.546**</b>	<b>.316*</b>	<b>.669**</b>	1.000

Nota: \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

Os resultados mostram que não existe uma correlação significativa entre os níveis de autonomia e os níveis de sobrecarga. Existe uma associação positiva fraca entre a autonomia e a estratégia de coping fuga-esquiva.

### 3.1.3 Modelos de Mediação

Apesar da ausência de relação entre as variáveis autonomia e sobrecarga, com o intuito de avaliar a existência de efeitos indiretos testaram-se oito modelos de mediação simples (Modelo 4), considerando cada uma das oito estratégias de *coping* como potencial mediadora da relação entre a autonomia da pessoa idosa e a sobrecarga do seu cuidador informal.

Os resultados demonstram que nenhuma das estratégias de *coping* medeia a relação entre essas duas variáveis (cf. Tabela 10).

**Tabela 10.** *Análise de mediação: Autonomia, Estratégias de Coping e Sobrecarga*

<i>Antecedente</i>				<i>Consequente</i>				
Efeito Direito X (Barthel) M (Coping - confronto)	M (Confronto)			Y (Sobrecarga)				
	Coef	SE	P	Coef	SE	P		
	a	-0.0119	0.0315	0.7074	C	-0.072	0.0403	0.0816
				B	0.3054	0.2015	0.1376	
	R-sq = 0,0036			R-sq =0,1302				
F (1,40) = 0.1429; p = 0.7074			F (2.39) = 2.9192; p = 0.0659					
Ef. Indireto X-M-Y			Coef	SE	95% CI			
			-0.0036	0.0094	[-0.0247. 0.0136]			
<i>Antecedente</i>				<i>Consequente</i>				
Efeito Direito X (Barthel) M (Afastamento)	M (Afastamento)			Y (Sobrecarga)				
	Coef	SE	P	Coef	SE	P		
	a	0.0263	0.032	0.4162	c	-0.0841	0.0404	0.0438
				b	0.3212	0.1975	0.1119	
	R-sq = 0.0166			R-sq =0.1374				
F (1,40) = 0.6751; p = 0.4162			F (2.39) = 3.1074; p = 0.0560					
Ef. Indireto X-M-Y			Coef	SE	95% CI			
			0.0085	0.0123	[-0.0171; 0.0348]			
<i>Antecedente</i>				<i>Consequente</i>				
Efeito Direito X (Barthel) M (Autocontrole)	M (Autocontrole)			Y (Sobrecarga)				
	Coef	SE	P	Coef	SE	P		
	a	-0.0038	0.0305	0.9018	c	-0.0748	0.0408	0.0745
				b	0.2202	0.2113	0.3038	
	R-sq = 0.0004			R-sq =0,1039				
F (1.40) = 0.6751; p = 0,4162			F (2.39) = 26.0782; p = 0.1177					
Ef. Indireto X-M-Y			Coef	SE	95% CI			
			-0.0008	0.0077	[-0.0191; 0.0130]			
<i>Antecedente</i>				<i>Consequente</i>				
Efeito Direito X (Barthel) M (Suporte social)	M (Suporte Social)			Y (Sobrecarga)				
	Coef	SE	P	Coef	SE	P		
	a	0.0045	0.0369	0.9046	c	-0.0768	0.0402	0.0633
				b	0.2639	0.1721	0.1333	
	R-sq = 0.0004			R-sq =0.1313				
F (1,40) =0.0145; p = 0.9046			F (2,39) = 2.9476; p = 0.0642					
Ef. Indireto X-M-Y			Coef	SE	95% CI			
			0.0012	0.0091	[-0.0201; 0.0180]			

<i>Antecedente</i>				<i>Consequente</i>			
				M (Aceitação de Responsabilidade)		Y (Sobrecarga)	
Efeito Direito X (Barthel)	Coef	SE	P	Coef	SE	P	
M (Aceitação de Responsabilidade)	a 0.0249	0.0199	0.2173	c -0.0856	0.0413	0.045	
				b 0.4019	0.3223	0.2198	
	R-sq = 0,0378			R-sq =0.1143			
	F (1.40) =1.5713; p = 0.2173			F (2.39) = 2.5156; p = 0.0939			
Ef. Indireito X-M-Y	Coef		SE	95% CI			
	0.01		0.0118	[-0.0084; 0.0378]			
<i>Antecedente</i>				<i>Consequente</i>			
				M (Fuga-esquiva)		Y (Sobrecarga)	
Efeito Direito X (Barthel)	Coef	SE	P	Coef	SE	P	
M (Fuga-esquiva)	a 0.0249	0.0199	0.2173	c -0.1048	0.0383	0.0094	
				b 0.4228	0.1381	0.004	
	R-sq = 0.0617			R-sq =0.2573			
	F (1.40) =2.6315; p = 0.1126			F (2.39) = 6.7564; p = 0.0030			
Ef. Indireito X-M-Y	Coef		SE	95% CI			
	0.0291		0.022	[-0.0029; 0.0818]			
<i>Antecedente</i>				<i>Consequente</i>			
				M (Resolução de Problemas)		Y (Sobrecarga)	
Efeito Direito X (Barthel)	Coef	SE	P	Coef	SE	P	
M (Resolução de Problemas)	a -0.0365	0.0339	0.2883	c -0.0696	0.0416	0.1019	
				b 0.164	0.191	0.3957	
	R-sq = 0.0281			R-sq =0.0960			
	F (1.40) =1.1580; p = 0.2883			F (2,39) = 2.0719; p = 0.1396			
Ef. Indireito X-M-Y	Coef		SE	95% CI			
	-0.006		0.0114	[-0.0350; 0.0083]			
<i>Antecedente</i>				<i>Consequente</i>			
				M (Reavaliação Positiva)		Y (Sobrecarga)	
Efeito Direito X (Barthel)	Coef	SE	P	Coef	SE	P	
M (Reavaliação Positiva)	a -0.0089	0.0339	0.7939	c -0.0736	0.0406	0.0779	
				b 0.2296	0.1893	0.2325	
	R-sq = 0.0017			R-sq = 0.1124			
	F (1.40) =0.0692; p = 0.7939			F (2.39) = 2.4701; p = 0.0977			
Ef. Indireito X-M-Y	Coef		SE	95% CI			
	-0.002		0.0106	[-0.0301; 0.0130]			

## **PARTE IV - DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

#### 4. DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Após a apresentação dos resultados, segue-se com a discussão, considerando todo o embasamento bibliográfico apresentado anteriormente no enquadramento teórico, os objetivos específicos e as hipóteses levantadas na proposta deste estudo. De maneira que, este estudo apresentou como objetivo principal avaliar os níveis de sobrecarga dos cuidadores informais da pessoa idosa, bem como, verificar as diferentes estratégias de *coping* utilizadas no manejo das situações de sobrecarga relacionadas ao cuidar, em função do nível de autonomia da pessoa idosa.

Dentro desta perspectiva, a pesquisa debruçou-se nas investigações das seguintes hipóteses:

***H1: Quanto maiores os níveis de dependência da pessoa idosa, maiores os níveis de sobrecarga do cuidador informal.***

Perante os resultados obtidos neste estudo pode-se constatar que não existe uma correlação entre os níveis de autonomia e os níveis de sobrecarga. Portanto, vale destacar que a amostra apresentada neste estudo é constituída por idosos consideravelmente ativos, ou seja, realizam parte das tarefas diárias de forma independente. De tal modo, a hipótese acima não se confirma para esta pesquisa.

Todavia, quando avaliado o grupo de cuidadores que apresentaram níveis graves de sobrecarga, observou-se que os idosos deste grupo apresentaram maiores comorbidades e dependência. Neste sentido, pode-se sugerir que a dependência do idoso em realizar as tarefas básicas do dia a dia, pode trazer consequências e desgastes físicos e psicológicos para os cuidadores, vez que, demanda mais atenção, dedicação e cuidados (Brites et al., 2020; Neri, 2009; Zarit Burden et al., 1998).

Aspectos esses, vão ao encontro da literatura, a qual pontua sobre alguns estudos realizados com idosos dependentes, e, afirmam que é de acordo com o grau de dependência do idoso que será determinado o nível de prestação de cuidados, pois, quanto maior for os níveis de dependência, maiores serão as exigências de atenção e cuidados (Alzahrani et al., 2017; Brites et al., 2020; Baptista et al., 2012; Caldas & Moreira, 2007; Galvin et al., 2016; Neri, 2009; Santos, 2019; Simonetti & Ferreira, 2008; Zarit Burden et al., 1998).

Nota-se que é imprescindível a função do cuidador, fator crucial para a manutenção da qualidade de vida da pessoa idosa, no entanto, observou-se que 92,9% dos cuidadores

entrevistados não receberam nenhum tipo de capacitação ou treinamentos para executar as tarefas de auxílio ao idoso. Assim, pode-se sugerir ações que envolvam os cuidadores, propondo programas de formação, redes de apoio e/ou acolhimento, evidenciando a importância de estabelecer o cuidado com a saúde física e mental durante os períodos que prestam os cuidados.

Evidencia também, a importância de manter as políticas públicas efetivas voltadas a promoção e prevenção a saúde do idoso, estabelecidas em promover um envelhecimento mais ativo e saudável, estimulando a independência do idoso, o que conseqüentemente, diminuirá o grau de dependência de um cuidador (Grün et al. 2016; Neri, 2009, Parente et al., 2007; Stuart-Hamilton, 2008).

***H2: Existe relação entre as estratégias de coping utilizadas pelos cuidadores informais, relativamente aos níveis de sobrecarga;***

Os resultados confirmaram uma associação positiva fraca entre a autonomia e a estratégia de *coping* fuga-esquiva, que se refere a capacidade emocional em se retirar, ou abarcar esforços cognitivos de desprendimento e minimização de uma situação de sobrecarga.

Folkman et al. (1986) descrevem o fator Fuga-Esquiva como os esforços cognitivos e comportamentais desejados para escapar ou evitar um problema. Ou seja, uma estratégia para mediar ou gerir situações ou problemas, quer externos ou internos ao indivíduo (Folkman & Lazarus, 1984).

Parente et al. (2007), conceitua estratégias de enfrentamento - *coping* como sendo um conjunto de estruturas subjetivas que o nosso organismo utiliza como regulação ou defesa quando frente aos fatores de estresse ou sobrecarga. As estratégias de *coping* podem ser adaptativas e não-adaptativas, que são as que desencadeiam as situações estressoras e/ou de sobrecarga (Taylor & Stanton, 2007).

Assim, vale pontuar que o bem-estar subjetivo dos cuidadores informais pode ser consideravelmente influenciado pela capacidade de avaliação cognitiva e pelo uso das estratégias de *coping* adaptativas frente as situações problemas ou de sobrecarga (Parente et al., 2007; Santos, 2019). Pois, quanto mais preparados em relação as questões de formações e informações referentes ao como executar as tarefas do cuidar, melhores serão os desempenhos ao realizar as tarefas voltadas ao idoso (Baptista et al., 2012; Gurgel, 2018).



***H3: As estratégias de coping utilizadas pelos cuidadores informais, constituem uma variável mediadora dos níveis de sobrecarga relativamente aos níveis de autonomia.***

Observou-se que os cuidadores quando se encontram em situações que exigem maior suporte e cuidados com o idoso, grande parte dos cuidadores afirmaram não receber suporte ou treinamento para enfrentar as situações de sobrecarga. Deste modo, para os resultados apresentados esta hipótese não se confirma.

O cuidador informal, enfrenta fases difíceis no decorrer dos longos períodos prestando os cuidados aos idosos, mais ainda, quando a pessoa idosa apresenta comorbidades, doenças degenerativas ou incapacitantes, que não possibilita a locomoção ou a comunicação, o que exige maiores cuidados e atenção continuada, e por vezes, os cuidadores por não saberem como lidar, acabam por utilizar estratégias não adaptativas, o que pode levar ao desgaste emocional ou até mesmo físico dependendo das necessidades do idoso, isso dá-se ao fato do cuidador privar-se de suas atividades pessoais em prol dos cuidados para com o idoso (Baptista et al., 2012; Brites et al., 2020; Gurgel, 2018; Neri 2009; Parente et al., 2007).

Deste modo, é importante que o cuidador não só aprenda a ser resiliente, mas também, aprenda a desenvolver estratégias ou manejos cognitivos e comportamentais para enfrentar os desafios da tarefa do cuidar, pois, o uso adequado das estratégias de *coping* promovem a diminuição do sofrimento tanto físico quanto psicológico, minimizando assim, os impactos da sobrecarga (Grün et al., 2016).

#### **4.1. Limitações do Estudo**

De acordo com as pontuações anteriores, durante o período de realização da coleta dos dados desta pesquisa, houve algumas contingências que comprometeram para maior efetividade e quantidade das amostras. Isso, em decorrência ao período pandêmico da COVID-19, dado a isso, todo o material de coleta dos dados tiveram e sofreram adequações para o formato digital informatizado, ainda assim, a recolha dos dados ficaram bastantes reduzidas, pois, a amostra em o foco, eram os cuidadores informais e os idosos, um grupo considerado de risco e em maiores restrições de isolamento durante o período da pandemia, dado a estes fatos, a amostra utilizada na realização desta pesquisa ficou bastante reduzida, afetando assim, a robustez das análises estatísticas.

Outro fator limitante, foi o fato de a pesquisa apresentar um caráter de estudo transversal, o que não permitiu investigar a possibilidade de haver uma relação de causalidade entre as variáveis.

Interessante pontuar, referente a extensividade dos instrumentos utilizados na coleta de dados, por terem sido adequados para o formato autoaplicável e digital, notou-se pelo *feedback* dos entrevistados, serem extensos, tornando assim, enfadonho e demorado efetuar todas as respostas, o que certamente levou muitas amostras a desistirem da pesquisa antes mesmo de concluir na íntegra. Anterior a pesquisa, houve uma busca por versões mais reduzidas de todos os instrumentos e, encontrou a Escala de *Zarit* na versão reduzida e adaptada pelo Ministério da Saúde brasileiro, com 10 questões, os demais seguiram no formato original, Índice de *Barthel* com 10 questões e o Inventário de *Coping* com 66 questões, sendo o mais extenso, o qual pontua-se a sugestão da utilização de uma versão reduzida.

Por último, outro ponto de ressalva, foi a dificuldade na interpretação de alguns pontos dos resultados, o que pode ter impactado indiretamente nos resultados. No entanto, apesar de todas as limitações referidas, este estudo apresentou resultados efetivamente relevantes, com informações ricas e específicas da região, o que certamente irá contribuir significativamente para a comunidade científica em futuras pesquisas envolvendo a temática aqui apresentada.

Os aspectos relevantes desta pesquisa, nortearam em avaliar o nível de sobrecarga dos cuidadores informais da pessoa idosa, verificando também, as diferentes estratégias de *coping* utilizadas no manejo das situações de sobrecarga relacionadas ao cuidar, em função do nível de autonomia da pessoa idosa.

Os fatores descritos nos resultados desta pesquisa, podem contribuir para a promoção e prevenção da sobrecarga em cuidadores informais, prevenindo assim, o desgaste físico e emocional, possibilitando ajustar estratégias de enfrentamento mais adaptativas frente as situações de sobrecarga relacionadas as tarefas do cuidar da pessoa idosa.

## **4.2 Recomendações Para Estudos Futuros**

Pode-se pontuar como recomendações futuras, e seria extremamente enriquecedor a reaplicação deste estudo em uma amostra maior. Outra questão relevante, é estudos comparativos em diferentes regiões para correlacionar os resultados e, também, é sugestível

um estudo longitudinal, que irá permitir uma melhor investigação nas relações de causalidade entre as variáveis.

Pontua-se aqui com sugestão para estudos futuros, estudos comparativos entre grupos de cuidadores informais e cuidadores formais. Esta comparação, dos níveis de desgastes entre um grupo e outro, e entender quais seriam as estratégias associadas aos impactos tanto positivos quanto negativos.

De acordo com a ONU (2019), o número de pessoas com mais de 60 anos poderá subir até 46% entre os anos de 2017 e 2030. É fato que o envelhecimento tem se tornado um fator de debate entre os estudiosos e, também, segue fomentando debates nas ações de políticas públicas, voltando-se a atenção para um envelhecimento mais saudável e ativo.

Assim, a velhice é um fator inevitável, uma vez alcançada é indubitável que em algum momento a pessoa idosa irá necessitar de cuidados e atenção. Deste modo, é necessário também voltar a atenção para aqueles que cuidam, num sentido interrogativo: quem cuida de quem cuida? Quais são os melhores manejos ou estratégias para enfrentar as situações de sobrecarga relacionadas a execução das tarefas do cuidar.

## 5. CONCLUSÃO

O envelhecimento é um fator global, na expectativa de compreender melhor esse fenômeno, este estudo debruçou-se em promover reflexões e respostas voltadas para a saúde psicológica do cuidador informal, assim, a pesquisa teve como objetivo avaliar o nível de sobrecarga dos cuidadores informais da pessoa idosa, bem como, verificar as diferentes estratégias de coping utilizadas no manejo das situações de sobrecarga relacionadas ao cuidar, em função do nível de autonomia da pessoa idosa.

Com o avançar da ciência, a longevidade vem cada vez mais ganhando espaços. Contudo, com a falta dos serviços de saúde adequados e preparados para dar a devida assistência aos idosos e aos cuidadores informais ganham lugar, muitas das vezes, são os familiares mais próximos, que assumem o lugar de cuidar diariamente do idoso, em parte, não recebem formação ou capacitação para desempenhar as tarefas.

Como salienta a literatura, vários estudos apontam a necessidade e a importância em estabelecer políticas públicas voltadas para a saúde do idoso, no intuito de promover um envelhecimento mais ativo e saudável, propiciando assim, a independência do idoso, visto que, quanto mais comorbidades apresentarem, maiores serão os níveis de dependência de um cuidador. Evidentemente, um olhar para a saúde dos cuidadores com propostas que abarcam o bem-estar físico e psicológico, promovendo assistência e acolhimento (Alzahrani et al., 2017; Brites et al., 2020; Baptista et al., 2012; Caldas & Moreira, 2007; Galvin et al., 2016; Neri, 2009; Santos, 2019; Simonetti & Ferreira, 2008; Zarit Burden et al., 1998).

Neste sentido, Folkman e Lazarus (1984), ressaltam que as estratégias de *coping* são avaliações cognitivas que envolve atitudes comportamentais, para gerir ou mediar e modificar situações estressoras, quer externas ou internas ao indivíduo. Ou seja, a plasticidade psicológica que o cuidador desenvolve para lidar ou enfrentar determinada situação desafiadora. Assim, recomenda-se que a utilização de estratégias mais adaptativas frente as situações de sobrecarga, contribuem para a regulação das emoções negativas, promovendo assim, novos sentimentos de autoeficácia e equilíbrio emocional (Parente et al., 2007; Pearlin et al., 1990; Santos, 2019).

Já, os fatores de desgaste físico e mental, comumente são advindos do longo período realizando as tarefas do cuidar, de modo que, a maior parte dos desgastes não são possíveis de identificação imediata. Os impactos são ocasionados muitas das vezes pelo despreparo dos cuidadores, tanto nas questões relacionadas a saúde física quanto mental, questões como a qualidade das relações familiares e a relação entre idoso e cuidador, a qualidade da saúde do

idoso e o nível de dependência, a qualidade de saúde também do cuidador, visto, os estudos apontarem que parte destes cuidadores são cônjuges ou filhas e filhos, com idades avançadas, que também apresentam queixas de algum quadro de doenças crônicas e/ou psicológicas, tais como hipertensão, problemas cardíacos, diabetes, colesterol, estresse, ansiedade, depressão, dentre outras (Baptista et al., 2012; Gurgel, 2018).

Na perspectiva de se pensar em propor soluções as questões apresentadas acima, é indispensável trabalhar com as famílias na importância de mobilizar as políticas públicas e/ou recursos de assistências sociais para auxiliar nas demandas de cuidados da pessoa idosa, de maneira que, os cuidadores possam conhecer e recorrer aos diferentes recursos oferecidos, fortalecendo assim a rede de cuidados e assistência a família como um todo (White, 1997).

No Brasil, existem diferentes programas voltados para o idoso descritos no Estatuto do Idoso, entretanto, observa-se uma carência quando investiga os cuidadores. Desta forma, faz-se necessário pensar em programas de acolhimento e/ou assistência familiar, que possam promover ações de formação, que auxiliam os cuidadores a identificarem suas dificuldades e conseqüentemente, por meio de ações como psicoeducação, psicoterapias familiares ou de grupos de cuidadores, onde possam trocar experiências ou vivências, na tentativa de minimizar os impactos e os prejuízos físicos ou emocionais causados pelo longo tempo executando as tarefas do cuidar (Gurgel, 2018; Stuart-Hamilton, 2008; White, 1997).

Em suma, é necessário destacar a importância de uma rede multidisciplinar de apoio quer informal ou formal, ou até mesmo desenvolver a políticas públicas, na possibilidade de garantir uma qualidade de vida mais ajustada tanto para os cuidadores quanto para os idosos.

Deste modo, espera-se que este estudo possa de forma significativa contribuir para a comunidade científica e equipe multidisciplinar envolvida como os cuidadores informais e a pessoa idosa, oportunizando melhores recursos.

## REFERÊNCIAS

- Aguiar, A. C. D. S. A., Menezes, T. M. D. O., & Camargo, C. L. D. (2017). Significado do cuidar de pessoas idosas sob a ótica do familiar: um estudo interacionista simbólico. *Revista Mineira de Enfermagem*, 21. [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-45682021000100019&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-45682021000100019&script=sci_arttext).
- Alves, J. E. D. (2020). Envelhecimento populacional continua e não há perigo de um geronticídio. *Laboratório de Demografia e Estudos Populacionais (LADEM): Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)*. <https://www.ufjf.br/ladem/2020/06/21/envelhecimento-populacional-continua-e-nao-ha-perigo-de-um-geronticidio-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves/>.
- Alves, J. E. D. (2018). O envelhecimento populacional segundo as novas projeções do IBGE. *in EcoDebate*, ISSN 2446-9394, 31/08/2018. <https://www.ecodebate.com.br/2018/08/31/o-envelhecimento-populacional-segundo-as-novas-projecoes-do-ibge-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves/>.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 3, 273-294. <https://www.scielo.br/j/epsic/a/xkcyncl7hjthgtwms8ndhl/>.
- Baptista, B. O., Beuter, M., Girardon-Perlini, N. M. O., Brondani, C. M., Budó, M. D. L. D., & Santos, N. O. D. (2012). A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33, 147-156. <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/SFH4h8sJmc3B74TmSZ59HLL/abstract/?lang=pt>.
- Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado.
- Brasil. Estatuto do idoso: lei federal no. 10741, de 01 de outubro de (2003). Brasília, DF: *Secretaria Especial dos Direitos Humanos*.

- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2013). *Portal IBGE*.  
[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br).
- Brasil. Ministério da Saúde (2007). Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde. – 2. ed. rev.  
Brasília: *Editora do Ministério da Saúde*.  
[https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/estatuto\\_idoso2edicao.pdf](https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/estatuto_idoso2edicao.pdf).
- Brites, R., Brandão, T., Moniz Pereira, F., Hipólito, J., & Nunes, O. (2020). Efeitos do apoio a pacientes com demência: Um estudo com díades. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56 (3), 614-620.  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ppc.12476>.
- Dezan, S. Z. (2015). O Envelhecimento na Contemporaneidade. *Revista de Psicologia da UNESP*, 14(2), 28-42.  
<https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/download/563/519>.
- Carmo, C. S. F. (2019). Qualidade de vida dos idosos em ambiente urbano: a importância da percepção do estado de saúde, autonomia, identidade, vínculo ao lugar e características do bairro (*Master's thesis, Universidade de Évora*).  
<https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/25459>.
- Chizzotti, A. (2006). *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 8 ed. São Paulo: Cortez editora.
- Coping, D., & Lazarus, F. E. (1996). Adaptação Do Inventário De Estratégias. *Psicologia USP*, 7(1/2), 183-201.
- Farias C., F. E., Nóbrega, M. O., Davim, R. M. B., Camboim, J. C. A., Nunes, R. M. V., & Oliveira, S. X. (2017). Benefícios da atividade física na terceira idade para a qualidade de vida. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 11(6), 2415-2422.  
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23405/>.

- Ferreira, A. B. H. (2009). Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. In: *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*, p. 2120-2120. <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1074253>.
- Ferretti, F., Gris, A., Mattiello, D., Paz A. T., C. R., & De Sá, C. (2014). Impacto de programa de educação em saúde no conhecimento de idosos sobre doenças cardiovasculares. *Revista de Salud Pública*, 16, 807-820. <https://www.scielo.org/article/rsap/2014.v16n6/807-820/>.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3054214/>.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process, A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48:150-170. <https://psycnet.apa.org/record/1988-16864-001>.
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239. <https://www.jstor.org/stable/2136617>.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5(50), 992-1003. <https://psycnet.apa.org/journals/psp/50/5/992.html?uid=1986-21910-001>.
- Gadanhó, T. F. P. (2014). Relação entre estratégias de *coping* e resiliência após a vivência de um acontecimento potencialmente traumático. *Repositório UAL-PT (Doctoral dissertation)*. <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/19916>.
- Galvin, M., Corr, B., Madden, C., Mays, I., McQuillan, R., Timonen, V., Staines, A. & Hardiman, O. (2016). Caregiving in ALS – a mixed methods approach to the study of Burden. *BMC Palliative Care*, 15(1),81.



<https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-016-0153-0>.

- Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Editora Atlas AS, 5 ed.
- Gomes, Y. S. D. S. B., de Melo Peixoto, C. C. C., Duarte, D. V. D. M. A., de Sá Pires, J. A. G., da Silva, J. J. S., Moulin, L. P., ... & da Silva, E. B. (2020). Longevidade: a importância da autonomia. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(2),1690-1698. <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/7579/6766>.
- Gonçalves, L. T. H., Leite, M. T., Hildebrandt, L. M., Bisogno, S. C., Biasuz, S., & Falcade, B. L. (2013). Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*,16,315-325. <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/hnz5qchz4mbhxs5fvbj4xrq/abstract/?lang=pt>.
- Grelha, P. A. S. S. (2009). Qualidade vida dos cuidadores informais de idosos dependentes em contexto domiciliário: Estudo sobre a influência da educação para a saúde na qualidade de vida. *Repositório UAL-PT (Doctoral Dissertation)*. <http://hdl.handle.net/10451/1090>.<https://repositorio.ul.pt/handle/10451/1090>.
- Grün, D., Pieri, V., Vaillant, M., & Diederich, N. J. (2016). Contributory Factors to Caregiver Burden in Parkinson Disease. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(7), 626-32. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861016300342>.
- Gurgel, P. C. (2018). Relação do estresse psicológico com a saúde física e mental em cuidadores informais de pessoas com demência. *Repositório da Universidade Federal da Paraíba*. <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/13589>.
- IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da População (2018). *Portal IBGE*.<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=o-que-e>.

- Konerding, U., Bowen, T., Forte, P., Karampli, E., Malmström, T., Pavi, E., Torkki, P., & Graessel, E. (2019). Do Caregiver Characteristics Affect Caregiver Burden Differently in Different Countries? *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 34(3), 148-52. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1533317518822047>.
- Lopes, J. C. D. O. (2017). Acompanhamento do cuidador informal da pessoa com demência nos cuidados de saúde primários. *Repositório UAL-PT (Doctoral Dissertation)*. <http://hdl.handle.net/10451/31725>. <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/31725>.
- Machado, B. M., Dahdah, D. F., & Kebbe, L. M. (2018). Cuidadores de familiares com doenças crônicas: estratégias de enfrentamento utilizadas no cotidiano. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(2), 299-313. [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2526-89102018000200299&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2526-89102018000200299&script=sci_arttext&tlng=pt).
- Mascaro, S. A. (2004). *O que é velhice*. In: *Coleção Primeiros Passos*. São Paulo: Brasiliense editora.
- McCRAE, R. R. (1984). Situational determinants of coping responses: loss, threat, and challenge. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 46, n. 4, p. 919-28.
- Mendes, P. N., Figueiredo, M. D. L. F., Santos, A. M. R. D., Fernandes, M. A., & Fonseca, R. S. B. (2019). Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32, 87-94. <https://www.scielo.br/j/ape/a/rntdrsrmfg5mzzbdsnnl6h/?format=html&lang=pt>.
- Minosso, J. S. M., Amendola, F., Alvarenga, M. R. M., & Oliveira, M. A. D. C. (2010). Validación, en Brasil, del índice de Barthel en pacientes ancianos atendidos em ambulatorios clínicos. *Acta paulista de Enfermagem*, 23(2), 218-223. [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002010000200011&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002010000200011&script=sci_arttext&tlng=es).

- Monteiro, E. A., Mazin, S. C., & Dantas, R. A. S. (2015). Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal: validação para o Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(3), 421-428. [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672015000300421&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672015000300421&script=sci_arttext&tlng=pt).
- Moreira, M. D., & Caldas, C. P. (2007). A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. *Escola Anna Nery*, 11(3), 520-525. [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-1452007000300019&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-1452007000300019&script=sci_arttext&tlng=pt).
- Neri, A. L. (2009). *Qualidade de vida e idade madura*, 8. ed. Campinas, SP: Papyrus editora.
- Normas, A. P. A. (2017). Normas APA. *American Psychological Association*. <https://iesmjuncalero.educarex.es/proyecto-investigacion/normasAPA.pdf>.
- Nunes, I. M. P. (2018). A questão social da velhice: O envelhecimento na agenda das Políticas Públicas de Saúde no Brasil. *Repositório da Universidade Católica do Salvador*. <http://ri.ucsal.br:8080/jspui/handle/prefix/522>.
- Nunes, R. M. V., & Oliveira, S. X. (2017). Benefícios da atividade física na terceira idade para a qualidade de vida. *Revista de Enfermagem UFPE on-line*, 11(6), 2415-2422. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23405/>.
- OMS - Organização Mundial de Saúde (2014). Envelhecimento ativo: Uma política de saúde. Brasília: *Organização PanAmericana de Saúde*. <https://nacoesunidas.org/mundo-tera-2-bilhoes-de-idosos-em-2050-oms-diz-que-envelhecer-bem-deve-ser-prioridade-global/>.
- ONU - Organização das Nações Unidas (2019). Dia Internacional das Pessoas Idosas. *ONU News*. <https://news.un.org/pt/story/2019/10/1689152>.
- Parente, M. A. M. P. et al. (2007). *Cognição e envelhecimento*, Porto Alegre: Artmed editora.

- Pascoinho, A. F. C. (2010). Cuidadores informais de idosos com patologia oncológica: dificuldades e estratégias de *coping* no processo de cuidar. *Repositório UAL-PT*. (Doctoral Dissertation). <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/29073>.
- Pearlin, L., Mullan, J., Semple, S. & Skaff, M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30, 583–594. doi: 10.1093/geront/30.5.583.
- Pereira, H. J. A. D. R. (2011). Subitamente cuidadores informais: a experiência de transição para o papel de cuidador informal a partir de um evento inesperado *Repositório UAL - PT* (Doctoral Dissertation). <http://hdl.handle.net/10451/3916>.<http://repositorio.ul.pt/handle/10451/3916>.
- Pinheiro, F. A., Tróccoli, B. T., & Tamayo, M. R. (2003). Mensuração de *coping* no ambiente ocupacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19(2), 153-158. [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722003000200007&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722003000200007&script=sci_arttext&tlng=pt).
- Pinto, P. D. S. (2020). Perfil de idosos em relação à capacidade funcional, nível de atividade física, consumo alimentar e percepção da qualidade de vida. *Lume, UFRGS*. <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/230677>.
- Queluz, F. N. F. R., Campos, C. R. F., de Santis, L., Isaac, L., & Barham, E. J. (2019). Zarit Caregiver Burden Interview: Evidências de Validade para a População Brasileira de Cuidadores de Idosos = The Zarit Caregiver Burden Interview: Evidence of validity in a Brazilian population of senior citizen caregivers. *Revista Colombiana de Psicología*, 28(1), 99–113. <https://b-on.ual.pt:2238/10.15446/rcp.v28n1.69422>.
- Rocha, B. M. P., & Pacheco, J. E. P. (2013). Idoso em situação de dependência: estresse e *coping* do cuidador informal. *Acta paulista de enfermagem*, 26(1), 50-56. [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000100009&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000100009&script=sci_arttext&tlng=pt).

- Santos, A. A. V. D. (2019). Sobrecarga e depressão em cuidadores informais de idosos dependentes. *Repositório UAL-PT (Doctoral Dissertation)*. <https://repositorio.ual.pt/handle/11144/4327>.
- Savóia, M. G., & Amadera, R. D. (2016). Utilização da versão brasileira do inventário de estratégias de *coping* em pesquisas da área da saúde. *Psicologia Hospitalar*, 14(1), 11738. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092016000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092016000100007).
- Savóia, M. G., Santana, P. R., & Mejias, N. P. (1996). Adaptação do inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia USP*, 7(1-2), 183-201. <http://www.periodicos.usp.br/psicousp/article/view/34538>.
- Scazufca, M. (2002). Versão brasileira da escala *Burden Interview* para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com doenças mentais. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 24(1), 12-17. [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-4462002000100006&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-4462002000100006&script=sci_arttext&tlng=pt).
- Shah S, Vanclay F, Cooper B. (1982). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. 3ed. *Philadelphia: WB Saunders*; p. 253.
- Silva F., D. V., & Bucher-Maluschke, J. S. N. F. (2009). Cuidar de familiares idosos com a doença de Alzheimer: Uma reflexão sobre aspectos psicossociais - To take care of familiar elderly suffering from Alzheimer disease: A reflection on psychosocial aspects. *Psicologia em Estudo*, 14(4), 777-786. *Repositório UAL-PT*. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1590/S1413-73722009000400018>.
- Silva, J. A. C., de Souza, L. E. A., & Ganassoli, C. (2017). Qualidade de vida na terceira idade. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 15(3), 146-149. <http://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/283>.
- Silva, O. D. L. D., Caldeira, S. N., Sousa, Á., & Mendes, M. (2020). Estratégias de *coping* e resiliência em estudantes do Ensino Superior. *Revista E-Psi*, 9(1)), 118-136. <https://repositorio.uac.pt/handle/10400.3/5524>.

- Simonetti, J. P., & Ferreira, J. C. (2008). Estratégias de *coping* desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. *Revista da Escola de Enfermagem da-USP*, 2(1), 19-25. [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-2342008000100003&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-2342008000100003&script=sci_arttext&tlng=pt).
- Sinclair, V. G., & Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric valuation of brief resilient coping scale. *Assessment*, 10, 1-9.
- Stuart-Hamilton, I. (2008). *A psicologia do envelhecimento: Uma introdução, tradução: Maria Adriana Veríssimo Veronese*, 3ed. Porto Alegre: Artmed editora.
- Taylor, SE, & Stanton, AL (2007). Recursos de enfrentamento, processos de enfrentamento e saúde mental. *Revisão anual de psicologia clínica*, 3 (1), 377-401. [https://taylorlab.psych.ucla.edu/wp-content/uploads/sites/5/2014/10/2007\\_Coping-Resources-Coping-Processes-and-Mental-Health.pdf](https://taylorlab.psych.ucla.edu/wp-content/uploads/sites/5/2014/10/2007_Coping-Resources-Coping-Processes-and-Mental-Health.pdf).
- White, D. (1997). Family nursing: a systemic approach to nursing work. In White D. (Eds.), *Explorations in family nursing*. London: Routledge. <https://api.taylorfrancis.com/content/books/mono/download?identifierName=doi&identifierValue=10.4324/9780203435953&type=googlepdf>.
- Zarit S.H, Stephens MAP, Townsend A., Greene R. (1998). Redução do estresse para cuidadores familiares: Efeitos do uso de creches por adultos. *Revista de Gerontologia: Ciências Sociais* 53B:S267-S278.
- Zarit S.H, Todd P.A, Zarit J.M. (1986). Sobrecarga subjetiva de maridos e esposas como cuidadores: um estudo longitudinal. *O Gerontólogo* 26:260-266.
- Zarit, S. H.; Zarit, J. M. (1983). The memory and behaviour problems checklist – and the burden interview. *Technical report. Pennsylvania State University*.

## APÊNDICES

**Apêndices A.** Texto enviado via e-mail e WhatsApp para envio dos instrumentos de coleta de dados.








### TEXTO ENVIADO VIA E-MAIL E WHATSAPP PARA ENVIO DOS INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

*“Olá, sou Eliane Gusmão Ribeiro, Psicóloga, Professora Universitária, estou realizando uma pesquisa para elaboração da minha Dissertação de Mestrado pela UAL- Universidade Autónoma de Lisboa-PT, sob a orientação da Professora Doutora Rutes Brites, abordando a seguinte temática:*

***Estratégia de Coping e Sobrecarga nos Cuidadores Informais da Pessoa Idosa.***

*A respectiva pesquisa contribuirá para a comunidade científica de nossa região e órgãos de interesse. Certa de que poderei contar com sua participação, desde já, agradeço imensamente!*

*Abaixo segue os respectivos materiais de coleta dos dados para a pesquisa:*

-  *Termo Consentimento*
-  *Declaração de Sigilo e Recolha dos dados*
-  *Índice de Bartel - Avaliação das Atividades Diárias do Idoso*
-  *Inventário de Estratégias de Coping (enfrentamento)*
-  *Escala de Sobrecarga do Cuidado.*
-  *Questionário Sociodemográfico*
-  *Formulário do CIP - Comitê de Ética e Pesquisa, contendo todas as informações sobre a pesquisa.*

*Os instrumentos podem ser respondidos e enviados no respectivo e-mail: psicologaelianegusmao@gmail.com ou via Whatzapp - Contato para eventuais dúvidas: (69) 98483-1950.*

*Estou à Disposição!*

*Atenciosamente,*

*Eliane Gusmão Ribeiro - CRP/24ª 02884 – RO”.*

## Apêndices B. Questionário Sociodemográfico



# QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

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

Iniciais do nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M

Estado civil: Solteiro  Casado  Divorciado  União estável  Viúvo

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_

Quantidade de pessoas no domicílio: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Idade do Idoso: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F

Mora com o Idoso(a)? Sim  Não  Tempo que presta cuidado: \_\_\_\_\_ meses  ano

Recebe algum tipo de pagamento pelos serviços prestados ao idoso? Sim  Não

Recebeu capacitação para realização do cuidado? Sim  Não

Quais? \_\_\_\_\_

Comorbidades: Sim  Não  Quais?: \_\_\_\_\_

Renda Familiar: \_\_\_\_\_

Menor que um salário mínimo  Salário mínimo  mais de dois salários mínimos



## Apêndices C. Consentimento Informado Para a Recolha E Tratamento de Dados Pessoais



# APRESENTAÇÃO

Olá, sou Eliane Gusmão Ribeiro, Psicóloga - CRP/24<sup>a</sup> 02884, Professora Universitária, estou realizando uma pesquisa para elaboração da minha Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, pela UAL - Universidade Autónoma de Lisboa - Portugal, sob a orientação da Professora Doutora Rutes Brites, abordando a seguinte temática:

### **Estratégia de Coping e Sobrecarga nos Cuidadores Informais da Pessoa Idosa.**

A respectiva pesquisa contribuirá para a comunidade científica de nossa região.

Certa de que poderei contar com sua participação, desde já, agradeço imensamente!

Abaixo segue os respectivos materiais de coleta dos dados para a pesquisa:

- ▶ Termo Consentimento informado.
- ▶ Declaração de Sigilo e Recolha dos dados.
- ▶ Índice de Barthel - Avaliação das Atividades Diárias do Idoso.
- ▶ Inventário de Estratégias de *Coping* (enfrentamento).
- ▶ Escala de Sobrecarga do Cuidador.
- ▶ Questionário Sociodemográfico.
- ▶ Formulário do CIP - Comitê de Ética e Pesquisa, contendo todas as informações

sobre a pesquisa.

Os instrumentos podem ser respondidos e enviados no respectivo e-mail: [psicologaelianegusmao@gmail.com](mailto:psicologaelianegusmao@gmail.com) - Contato para eventuais dúvidas: (69) 98483-1950.

Estou a Disposição!

Atenciosamente,  
Eliane Gusmão Ribeiro

## Apêndices D. Apresentação da Pesquisa



COMISSÃO DE ÉTICA DO CIP DA UAL

### FORMULÁRIO DE PEDIDO DE PARECER

#### 1. Identificação do projeto

**Título do projeto:** Estratégias de *coping* e Sobrecarga nos Cuidadores Informais da Pessoa Idosa |

**Autor(es):** Eliane Gusmão Ribeiro - Orientadora Professora Dr<sup>a</sup>. Rute Brites |

**Contacto (email e telefone):** ligusmao1@gmail.com - (+55)69 98483-1950 |

**Situação a analisar:** Dissertação de Mestrado |

**Natureza do estudo:** Quali-quantitativo e Transversal |

**Local de recolha da amostra:** Associações de Idosos, Centros Recreativos para Idosos e/ou nos Domicílios, em Municípios pertencentes à Zona da Mata Rondoniense na Região Amazônica - Brasil |

**Data de início prevista:** 04/2020 |

**Data de fim prevista:** 01/2021 |

**Breve descrição do projeto:** a pesquisa propõe a seguinte divisão: a introdução com uma breve descrição do tema abordado. Seguindo, o capítulo I apresenta o referencial teórico abordando as variáveis da pesquisa: Envelhecimento; Envelhecimento e Contexto Histórico; Conceito de Envelhecimento; Centros de Convivência para Idosos; O Familiar Cuidador; O Papel do Cuidador Informal; Sobrecarga do Cuidador Informal; Funcionamento Familiar e o Estresse Frente aos Cuidados do Idoso Dependente; Conceito de Estresse; Conceito de Coping; Modelo de Coping de Lazarus e Folkman; Coping Como Manejo das Situações Estressoras Relacionadas ao Cuidador Informal e o capítulo II apresentando os métodos da pesquisa, referindo aos objetivos (geral e específico); delineamento; participantes; instrumentos utilizados; procedimentos e o cronograma.

## 2. Descrição do projeto

**Breve descrição do projeto:** a pesquisa propõe a seguinte divisão: a introdução com uma breve descrição do tema abordado. Seguindo, o capítulo I apresenta o referencial teórico abordando as variáveis da pesquisa: Envelhecimento; Envelhecimento e Contexto Histórico; Conceito de Envelhecimento; Centros de Convivência para Idosos; O Familiar Cuidador; O Papel do Cuidador Informal; Sobrecarga do Cuidador Informal; Funcionamento Familiar e o Estresse Frente aos Cuidados do Idoso Dependente; Conceito de Estresse; Conceito de Coping; Modelo de Coping de Lazarus e Folkman; Coping Como Manejo das Situações Estressoras Relacionadas ao Cuidador Informal e o capítulo II apresentando os métodos da pesquisa, referindo aos objetivos (geral e específico); delineamento; participantes; instrumentos utilizados; procedimentos e o cronograma. |

**Objetivo geral:** avaliar o nível de sobrecarga dos cuidadores informais da pessoa idosa e verificar as diferentes estratégias de *coping* utilizadas no manejo das situações estressoras relacionadas ao cuidar, em função do nível de autonomia (AVDs) da pessoa idosa.

Objetivos específicos: Examinar a relação entre o nível de autonomia da pessoa idosa dependente e o nível de sobrecarga do seu cuidador informal; Descrever quais as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos cuidadores informais, relativamente ao nível de autonomia da pessoa idosa dependente; Verificar se as estratégias de *coping* do cuidador informal constituem uma variável mediadora da relação entre o nível de autonomia da pessoa idosa dependente e o nível de sobrecarga do seu cuidador informal. |

**Metodologia:** A pesquisa propõe entrevistar 200 cuidadores informais, que prestam cuidados ao idoso dependente acima de 60 anos. Para coleta de dados será utilizado os respectivos instrumentos: Questionário Sociodemográfico; Inventário De Estratégias De Coping de Folkman e Lazarus; Escala de Sobrecarga do Cuidador - Scale Zarit Burden intervín - ZBI; Índice de Barthel - Avaliação das Atividades Diárias - AVDs e coletar as assinaturas no Termo de Livre Consentimento. Após a aprovação do projeto pelo CIP e CCDP a autora terá um ano para coleta dos dados e elaboração da dissertação e apresentação. |

**Justificação científica da investigação:** Em decorrência ao aumento da longevidade e o aumento da população idosa, diferentes pesquisas são elaboradas nesta perspectiva de elaborar planos e medidas que atenda esse público. Em outra vertente, novas pesquisas voltam-se para aqueles que auxiliam os idosos, ou seja, os cuidadores informais, aqueles que desenvolvem as tarefas relacionadas ao cuidar. Assim, é pensando na melhoria da qualidade de vida dos cuidadores informais, que esta pesquisa propõe investigar e levantar dados que

### 3. Esclarecimento de questões éticas

**Como será garantida a privacidade dos participantes e a confidencialidade dos dados:** juntamente com os instrumentos seguirá a Declaração de Compromisso de Confidencialidade e Sigilo na Recolha e Tratamento de Dados Pessoais, devidamente assinadas pela autora do projeto.

**Como será garantido o consentimento informado:** será solicitado a assinatura no Termo de Livre Consentimento Esclarecido, o qual conterà as explicações referente a todo processo da pesquisa

**Está prevista a devolução dos resultados aos participantes:** pretende-se após a conclusão da pesquisa, realizar palestras com apresentação dos dados em dispositivos eletrônicos visuais nas instituições em que foram coletados os dados.

**Está assegurado o respeito pelos direitos de autor:** referente aos três instrumentos que serão utilizados, foi já realizado o contato com os autores e, todos consideram as respectivas autorizações que seguem anexadas ao projeto.

**Está prevista a oferta de incentivos aos participantes:** nenhum incentivo financeiro, somente informações científicas relativas a região, que servirá de base para futuros projetos e melhorias do público em questão.

**Apêndices E. Formulário de Pedido de Parecer****MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA  
ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE  
ACONSELHAMENTO****DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO NA  
RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS**

Para os devidos efeitos declaro que assumo o compromisso de assegurar as normas éticas da investigação científica, e do código deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses, designadamente: responsabilidade, honestidade, fiabilidade e rigor, objetividade, integridade, imparcialidade e independência, transparência e comunicação aberta, cuidado e respeito, no desenvolvimento das atividades de investigação do curso de Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento. Comprometo-me a manter a total confidencialidade e o sigilo em relação aos dados pessoais recolhidos, inseridos e tratados estatisticamente, cumprindo escrupulosamente as normas prescritas pelo RGPD - Regulamento Geral da Proteção de Dados (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do CFP - Conselho Federal de Psicologia no Brasil.

Autora da Pesquisa: Eliane Gusmão Ribeiro  
Número de matrícula da Aluna: 30004114  
E-mail: psicologaelianegusmao@gmail.com  
Orientadora: Professora Dr.<sup>a</sup> Rute Brites

**Apêndices F.** Declaração de Compromisso de Confidencialidade e Sigilo na Recolha e Tratamento de Dados Pessoais



## **CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS**

Declaro que compreendi os objetivos deste estudo, que as informações por mim fornecidas serão mantida confidencial e apenas utilizada de forma anônima para fins de investigação científica. Compreendi que em qualquer momento posso abandonar a minha participação neste estudo e solicitar junto do investigador a eliminação da informação por mim fornecida. Compreendi que a participação neste estudo, ou a recusa em fazê-lo, não trará consequências negativas ou qualquer prejuízo. Tive oportunidade de colocar e esclarecer todas as dúvidas sobre esta investigação.

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

NOME: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

## ANEXOS – INSTRUMENTOS

### Anexos A. Índice de Barthel - Avaliação das Atividades Diárias – AVDs



## ÍNDICE DE BARTHEL

### Avaliação do grau de independência nas atividades da vida diária da pessoa idosa

**Nome:**

**Idade:**

**Sexo:**

#### 1) Como você realiza as suas refeições ?

- 10 – Independente. Capaz de comer por si só em tempo razoável. A comida pode ser cozida ou servida por outra pessoa.
- 5 – Necessita de ajuda para se cortar a carne, passar a manteiga, porém é capaz de comer sozinho.
- 0 – Dependente. Necessita ser alimentado por outra pessoa.

#### 2) Como você toma seu banho ?

- 5 – Independente. Capaz de se lavar inteiro, de entrar e sair do banho sem ajuda e de fazê-lo sem que outra pessoa supervisione.
- 0 – Dependente. Necessita de algum tipo de ajuda ou supervisão.

#### 3) Como você se veste ? (Parte superior e inferior do corpo)

- 10 – Independente. Capaz de vestir-se e despir-se sem ajuda.
- 5 – Necessita ajuda. Realiza todas as atividades pessoais sem ajuda mais da metade das tarefas em tempo razoável.
- 0 – Dependente. Necessita de alguma ajuda.

#### 4) Como você realiza seus asseios ?

- 5 – Independente. Realiza todas as atividades pessoais sem nenhuma ajuda; os componentes necessários podem ser providos por alguma pessoa.
- 0 – Dependente. Necessita alguma ajuda.

#### 5) Como é sua evacuação ?

- ( ) 10- Contínente. Não apresenta episódios de incontinência.
- ( ) 5 – Acidente ocasional. Menos de uma vez por semana necessita de ajuda para colocar enemas ou supositórios.
- ( ) 0 – Incontinente. Mais de um episódio semanal.

**6) Como é sua micção . Como você a realiza ?**

- ( ) 10 – Contínente. Não apresenta episódios. Capaz de utilizar qualquer dispositivo por si só (sonda , urinol ,garrafa).
- ( ) 5 – Acidente ocasional. Apresenta no máximo um episódio em 24 horas e requer ajuda para a manipulação de sondas ou de outros dispositivos.
- ( ) 0 – Incontinente. Mais de um episódio em 24 horas.

**7) Como você vai ao banheiro ?**

- ( ) 10 – Independente. Entra e sai sozinho e não necessita de ajuda por parte de outra pessoa.
- ( ) 5 – Necessita ajuda.Capaz de mover-se com uma pequena ajuda; é capaz de usar o banheiro. Pode limpar-se sozinho.
- ( ) 0 – Dependente. Incapaz de ter acesso a ele ou de utilizá-lo sem ajuda maior.

**8) Como você realiza as suas transferências (cama, poltrona, cadeira de rodas) ?**

- ( ) 15 – Independente. Não requer ajuda para sentar-se ou levantar-se de uma cadeira nem para entrar ou sair da cama.
- ( ) 10 – Mínima ajuda. Incluindo uma supervisão ou uma pequena ajuda física.
- ( ) 5 – Grande ajuda. Precisa de uma pessoa forte e treinada.
- ( ) 0 – Dependente necessita um apoio ou ser levantado por duas pessoas. É incapaz de permanecer sentada.

**9) Como você realiza a deambulação (locomoção, caminhar) ?**

- ( ) 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.
- ( ) 10 – Necessita ajuda. Necessita supervisão ou uma pequena ajuda por parte de outra pessoa ou utiliza andador.

**10) Como você realiza a subida e descida de escadas ?**

- ( ) 10 – Independente. Capaz de subir e descer um piso sem ajuda ou super visão de outra pessoa.
- ( ) 5 – Necessita ajuda. Necessita ajuda e supervisão.
- ( ) 0 – Dependente. É incapaz de subir e descer degraus.

**VALORES :**

Severa: < 45 pontos

Grave : 45 – 59 pontos



Moderada: 60 – 80 pontos

Leve: 81 – 100 pontos PONTUAÇÃO TOTAL: \_\_\_\_\_

## **Anexos B.** Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus



Centro de Investigação em Psicologia  
UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

UNIVERSIDADE  
AUTÓNOMA  
DE LISBOA



## **AValiação da Sobrecarga dos Cuidadores**

Departamento de  
Medicina Social



MATERIAIS  
DE APOIO:  
CALCULADORAS

**ATENÇÃO DOMICILIAR:**  
SITUAÇÕES CLÍNICAS  
COMUNS EM IDOSOS  
MÓDULO DE AUTOAPRENDIZAGEM

### ESCALA DE ZARIT

Tem por objetivo avaliar a sobrecarga dos cuidadores de idosos. Esta escala não deve ser realizada na presença do idoso. A cada afirmativa o cuidador deve indicar a frequência que se sente em relação ao que foi perguntado (nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente ou sempre). Não existem respostas certas ou erradas. O estresse dos cuidadores será indicado por altos escores.

1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/doente já não tem tempo suficiente para você mesmo?
  - ( 1 ) Nunca
  - ( 2 ) Quase nunca
  - ( 3 ) Às vezes
  - ( 4 ) Frequentemente
  - ( 5 ) Quase sempre
  
2. Sente-se estressado/angustiado por ter que cuidar do seu familiar/doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (ex.: cuidar de outros familiares, ter que trabalhar).
  - ( 1 ) Nunca
  - ( 2 ) Quase nunca
  - ( 3 ) Às vezes
  - ( 4 ) Frequentemente
  - ( 5 ) Quase sempre
  
3. Acha que a situação atual afeta a sua relação com amigos ou outros elementos da família de uma forma negativa?
  - ( 1 ) Nunca
  - ( 2 ) Quase nunca

- ( 3 ) Às vezes
- ( 4 ) Frequentemente
- ( 5 ) Quase sempre

4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/doente? ( 1 ) Nunca

- ( 2 ) Quase nunca
- ( 3 ) Às vezes
- ( 4 ) Frequentemente
- ( 5 ) Quase sempre

5. Sente que sua saúde tem sido afetada por ter que cuidar do seu familiar/doente? ( 1 ) Nunca

- ( 2 ) Quase nunca
- ( 3 ) Às vezes
- ( 4 ) Frequentemente
- ( 5 ) Quase sempre

6. Sente que tem perdido o controle da sua vida desde que a doença o seu familiar/ doente se manifestou?

- ( 1 ) Nunca
- ( 2 ) Quase nunca
- ( 3 ) Às vezes
- ( 4 ) Frequentemente
- ( 5 ) Quase sempre

7. No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar/ doente? ( 1 ) Nunca

- ( 2 ) Quase nunca
- ( 3 ) Às vezes
- ( 4 ) Frequentemente
- ( 5 ) Quase sempre

AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA	
Leve	até 14 pontos
Moderada	15 a 21 pontos
Grave	acima de 22 pontos

#### Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 205 p. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad\\_vol2.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf)>. Acesso em: 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica - n.º 19). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/-cadernos\\_ab/abcd19.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/-cadernos_ab/abcd19.pdf)>. Acesso em: 2014.

### Anexos C. Escala de Sobrecarga do Cuidador - Scale Zarit Burden intervín – ZBI



### ADAPTAÇÃO DO INVENTÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE COPING DE FOLKMAN E LAZARUS PARA O PORTUGUÊS

Mariangela Gentil Savóia, Paulo Reinhardt Santana e Nilce Pinheiro Meijas  
Departamento de Psicologia - Universidade São Marcos Instituto de Matemática e Estatística  
e Instituto de Psicologia – USP

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada, **o que você fez frente as situações de prestação de cuidados** de acordo com a seguinte classificação:

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

0    1    2    3

1. Me concentrei no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo.	0	1	2	3
2. Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor.	0	1	2	3
3. Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair.	0	1	2	3
4. Deixei o tempo passar - a melhor coisa que poderia fazer era esperar, o tempo é o melhor remédio.	0	1	2	3
5. Procurei tirar alguma vantagem da situação.	0	1	2	3
6. Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos eu estava fazendo alguma coisa.	0	1	2	3
7. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas idéias.	0	1	2	3
8. Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação.	0	1	2	3
9. Me critiquei, me repreendi.	0	1	2	3
10. Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções.	0	1	2	3
11. Esperei que um milagre acontecesse.	0	1	2	3
12. Concordei com o fato, aceitei o meu destino.	0	1	2	3
13. Fiz como se nada tivesse acontecido.	0	1	2	3
14. Procurei guardar para mim mesmo(a) os meus sentimentos.	0	1	2	3
15. Procurei encontrar o lado bom da situação.	0	1	2	3
16. Dormi mais que o normal.	0	1	2	3
17. Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema.	0	1	2	3
18. Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas.	0	1	2	3
19. Disse coisas a mim mesmo (a) que me ajudassem a me sentir bem.	0	1	2	3
20. Me inspirou a fazer algo criativo.	0	1	2	3
21. Procurei esquecer a situação desagradável.	0	1	2	3
22. Procurei ajuda profissional.	0	1	2	3
23. Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva.	0	1	2	3
24. Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa.	0	1	2	3

25. Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos.	0	1	2	3
26. Fiz um plano de ação e o segui.	0	1	2	3
27. Tirei o melhor que poderia da situação, que não era o esperado.	0	1	2	3
28. De alguma forma extravasei meus sentimentos.	0	1	2	3
29. Compreendi que o problema foi provocado por mim.	0	1	2	3
30. Saí da experiência melhor do que eu esperava.	0	1	2	3
31. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema.	0	1	2	3
32. Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema.	0	1	2	3
33. Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação.	0	1	2	3
34. Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado.	0	1	2	3
35. Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso.	0	1	2	3
36. Encontrei novas crenças.	0	1	2	3
37. Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos.	0	1	2	3
38. Redescobri o que é importante na vida.	0	1	2	3
39. Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final.	0	1	2	3
40. Procurei fugir das pessoas em geral.	0	1	2	3
41. Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre esta situação.	0	1	2	3
42. Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos.	0	1	2	3
43. Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação.	0	1	2	3
44. Minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela.	0	1	2	3
45. Falei com alguém sobre como estava me sentindo.	0	1	2	3
46. Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria.	0	1	2	3
47. Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s).	0	1	2	3
48. Busquei nas experiências passadas uma situação similar.	0	1	2	3
49. Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário.	0	1	2	3
50. Recusei acreditar que aquilo estava acontecendo.	0	1	2	3
51. Prometi a mim mesmo(a) que as coisas serão diferentes na próxima vez.	0	1	2	3
52. Encontrei algumas soluções diferentes para o problema.	0	1	2	3
53. Aceitei, nada poderia ser feito.	0	1	2	3
54. Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo.	0	1	2	3
55. Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como eu senti.	0	1	2	3
56. Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma.	0	1	2	3
57. Sonhava acordado(a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava.	0	1	2	3
58. Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse.	0	1	2	3
59. Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam.	0	1	2	3
60. Rezei.	0	1	2	3
61. Me preparei para o pior.	0	1	2	3
62. Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer.	0	1	2	3
63. Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo.	0	1	2	3
64. Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa.	0	1	2	3
65. Eu disse a mim mesmo(a) “que as coisas poderiam ter sido piores”.	0	1	2	3
66. Corri ou fiz exercícios.	0	1	2	3