



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

FRANK EVILÁCIO DE OLIVEIRA GUIMARÃES

COPING DE IDOSOS CUIDADORES FRENTE À SOBRECARGA DO CUIDADO

SALVADOR

2016

FRANK EVILÁCIO DE OLIVEIRA GUIMARÃES

COPING DE IDOSOS CUIDADORES FRENTE À SOBRECARGA DO CUIDADO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, Linha de Pesquisa “O cuidar de Enfermagem no processo de desenvolvimento humano”.

Orientadora: Profa. Dra. Larissa Chaves Pedreira

**SALVADOR
2016**

Modelo de ficha catalográfica fornecido pelo Sistema Universitário de Bibliotecas da UFBA para ser confeccionada pelo autor

G943 Guimarães, Frank Evilácio de Oliveira
Coping de idosos cuidadores frente à sobrecarga do cuidado /
Frank Evilácio de Oliveira Guimarães. -- SALVADOR, 2016.
88 f. : il

Orientador: Profa Dra. Larissa Chaves Pedreira.
Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem) -- Universidade Federal da Bahia, Escola de
Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 2016.

1. Adaptação Psicológica. 2. Cuidadores. 3. Idoso. I.
Pedreira, Profa Dra. Larissa Chaves. II. Título.

FRANK EVILÁCIO DE OLIVEIRA GUIMARÃES

COPING DE IDOSOS CUIDADORES FRENTE À SOBRECARGA DO CUIDADO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito de aprovação para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”. Linha de pesquisa: O cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano.

Aprovada em 12 de maio de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Larissa Chaves Pedreira 
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Tânia Maria de Oliva Menezes 
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Adriana Valéria da Silva Freitas 
Doutora em Saúde Coletiva e Professora da Universidade Federal da Bahia

Rita Narrimam Silva de Oliveira Boery _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

DEDICATÓRIA

A minha rainha... a minha loira... A ela que é a essência da minha vida, na constância do meu ser..., ao meu tudo, ao meu ser todo!

*À pombinha mais mansa da terra ... A minha “pomba Lulu” ...
A você mãe... minha mãe! Minha sempre e sempre mãe! ...
saudades eternas...*

Marilúcia Otília Cursino de Oliveira Guimarães

(in memoriam)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, Meu doador de vida e mantenedor.... Obrigado por ser sempre quem És para mim. Pelo cuidado e paciência... e pelas inúmeras vezes que teimava em não querer Ouvir... insistentemente e mansamente me dizia:

“Porque Eu bem sei os pensamentos que tenho a vosso respeito, pensamentos de paz, e não de mal, para vos dar o fim que esperais”. Jeremias 29:11

A minha família, minha base. A você Pai, Evilácio, pela sabedoria e por sempre acreditar em mim; A você Mãe, Marilúcia, pela eternidade que tu és; As “*Brodagens*” (Má, Fran, Bi e Nê) vocês são meus iguais! Amo!

A sobrinhada perfeita! Os Sete! Tatá, Gordo, Gu, Mamá, Bilulú, Totô e Melzinha. Titio ama vocês!

A você, professora Dr^a Larissa Chaves Pedreira, pela paciência, dedicação e ensinamentos. E principalmente por acreditar que eu podia. Obrigado por me ensinar que o mundo pode ser visto de uma forma melhor! Poeticamente e musicalmente... lindo! Amo sua visão de mundo, simplesmente inspiradora! Obrigado.

À professora Dr^a Tânia Menezes, que com seus ensinamentos e perspicácia e visão de humana. Suas ideias sempre e sempre, contribuíram para meu crescimento, e melhoramento de vida, mesmo que nem ao menos você saiba disso! Você é fera! Obrigado.

À professora Dr^a Adriana Freitas, que me ensinou além dos conhecimentos, humanidade! Que nossos diálogos sejam sempre lembrados! Obrigado pela suavidade do olhar... Coração grato! Obrigado.

À professora Dr^a Rita Boery, por me inspirar sobre ver o ser humano de forma completa e ética! Seus escritos são tremendos! Inspiradores. Obrigado.

A todo corpo docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFBA pelos ensinamentos, reflexões e abertura de mente e a todo corpo técnico da PPGENF, vocês são feras! Obrigado.

Aos que para muitos parecem “invisíveis”, minha gratidão pelo carinho cuidado, e muitos sorrisos desprendidos que fez meu dia melhor. A vocês funcionários (limpeza, segurança, corpo técnico), que sempre presentes em mim fizeram minha existência melhor! Acredite, vocês são ótimos!

Aos membros do NESPI, pela construção do conhecimento e atividades desenvolvidas.

Aos meus muitos amigos, companheiros de luta, desse meu mestrado em que na Bahia habita! Valeu demais pela companhia nessa jornada! Creio que as amizades aqui perdurarão para um todo sempre! Valeu!

Aos especiais do mestrado, Leidiane, Luana, Maíra, Aline, Lázaro, Mirthis, Loyane, Tilson, Nayara, Karla, Jules, por dividir além dos espaços, muitas gargalhadas! Valeu!

Aos meus amigos de “*fuleragem*” e de trilha (Sandro, Josiel, Eric, Suzete, Rúbia, Danielle Eleine, Randson, Carolina, Marcela, Tia Socorro, Edileide, Damião (dog), Juliana Assis, Mainha Ana, Os Ramos, Séres Souza, Gustavo, Elizandra, Marianna e Schultz) Muito obrigado por acreditarem e incentivarem sempre! É nosso!

A Enfermeira Juliana e psicóloga Fabíola pelo apoio e compromisso.

Aos colaboradores desta pesquisa... às “pessoas idosas” que sem vocês nada disso seria possível!

A todas as pessoas que permearam sua vida na minha, de maneira intencional ou não, mas que fizeram e farão sempre parte desta história!

Valeu demais!

“Como as estrelas no vasto circuito de sua indicada órbita, os desígnios de Deus não conhecem adiantamento nem tardança”.

O Desejado de Todas as Nações
(Ellen G. White)

RESUMO

GUIMARÃES, Frank Evilácio de Oliveira. *Coping de idosos cuidadores frente à sobrecarga do cuidado*. 2016. 88p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGENF - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

Introdução: O cuidar é ação, e o cuidador agente deste. Ao realizar ações de cuidado, exige do cuidador equilíbrio físico, emocional e espiritual. Quando este é idoso, as limitações relacionadas à idade, a sobrecarga física, emocional e estresse emergem. Assim, lidar com as demandas de cuidado ao outro em domicílio, muitos cuidadores utilizam de estratégias de *Coping* para alívio de sua sobrecarga. O *Coping* consiste nos esforços cognitivos e comportamentais, que objetivam a adaptação e enfrentamento em situações de estresse e sobrecarga, comumente vivenciada por idosos cuidadores no seu cotidiano de cuidado a pessoa dependente. **Objetivo:** compreender as estratégias de *Coping* utilizadas pelas pessoas idosas cuidadoras no enfrentamento da sobrecarga do cuidado. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo, realizado com 10 idosos cuidadores de outros idosos, cadastrados no Programa Melhor em Casa (PMC) no município de Salvador – Bahia entre agosto e outubro de 2015. A coleta de dados deu-se através da utilização dos instrumentos: Zarit Burden Interview (ZBI), questionário sociodemográfico, e roteiro de entrevista semiestruturada gravadas em áudio. A análise e tratamento dos depoimentos deu-se por método de Análise de Conteúdo proposto por Bardin e inferência teórica de *Coping*. **Resultados:** a idade variou de 63 a 80 anos, sua maioria mulheres, em cuidado integral, com apresentação de sobrecarga moderada a severa, segundo ZBI. Após transcrição e análise dos discursos, identificaram-se duas categorias: Cotidiano de Idosos Cuidadores Frente a Sobrecarga e Estratégias de *Coping* frente à sobrecarga do cuidado e suas respectivas subcategorias. Na categoria “Cotidiano de Idosos Cuidadores”, foram identificados mais processos de sobrecarga referentes aos cuidados gerais à pessoa idosa, seguido do esquecimento de si. Na segunda categoria, foram percebidos quais as de estratégias de *coping* mais utilizadas pelos idosos cuidadores. Nessa segunda categoria observou-se que as estratégias mais utilizadas pelos idosos no enfrentamento de sua sobrecarga foram: os processos de Distração, Apoio religioso e social e de Ação direta e resiliência respectivamente. **Conclusão:** O uso de estratégias *coping* por esses idosos, visaram à busca da resiliência e estabilização do ser, evitando assim um estado maior de desgaste. As estratégias de *coping* constituiu um fenômeno muito utilizado, entretanto pouco conhecido pelos idosos cuidadores. Esta pesquisa também propõe que um melhor o conhecimento sobre a temática, como a importância do conhecimento dela para a Enfermagem, que se configura como agente sensibilizador dessa parte da população.

Palavras-chave: Adaptação Psicológica. Cuidadores. Idoso.

ABSTRACT

GUIMARÃES, Frank Evilácio de Oliveira. **Coping of elderly caregivers in face of care overload**. 2016. 88p. Dissertation (Master's degree in Nursing). Graduate Program in Nursing - PPGENF - School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador, 2016.

Introduction: Caring is action, and caregiver is agent. When performing care actions, the caregiver demands physical, emotional and spiritual balance. When this is old, the limitations related to age, physical overload, emotional stress and emerge. Thus, coping with the demands of caring for others at home, many caregivers use coping strategies to relieve their overload. Coping consists of cognitive and behavioral efforts that aim to adapt and cope in situations of stress and overload, commonly experienced by elderly caregivers in their daily care of the dependent person. **Objective:** to understand Coping strategies used by elderly caregivers in coping with the overload of care. **Methodology:** This is a qualitative study, carried out with 10 elderly caregivers of other elderly people enrolled in the Best Home-Based Program (PMC) in the city of Salvador-Bahia between August and October 2015. Data collection took place through Use of the instruments: Zarit Burden Interview (ZBI), sociodemographic questionnaire, and semi-structured interview script recorded in audio. The analysis and treatment of the testimonies was by method of Content Analysis proposed by Bardin and theoretical inference of Coping. **Results:** age ranged from 63 to 80 years, mostly women, in full care, with moderate to severe overload, according to ZBI. After transcription and analysis of the speeches, two categories were identified: Daily life of Elderly Caregivers Faced with Overload and Coping Strategies regarding the overload of care and their respective subcategories. In the category "Daily Care of Elderly Caregivers", more overload processes were identified regarding general care for the elderly, followed by self forgetfulness. In the second category, the most coping strategies used by elderly caregivers were perceived. In this second category it was observed that the strategies most used by the elderly in coping with their overload were: the processes of Distraction, Religious and Social Support and Direct Action and Resilience respectively. **Conclusion:** The use of strategies coping by these elderly, aimed at the search for resilience and stabilization of the being, thus avoiding a higher state of attrition. The coping strategies constituted a widely used phenomenon, however little known by the elderly caregivers. This research also proposes that a better knowledge about the subject, as the importance of the knowledge of it to Nursing, which is configured as sensitizing agent of this part of the population.

Keywords: Psychological Adaptation. Elderly. Caregivers.

RESUMEN

GUIMARAES, Frank Evilácio de Oliveira. *Coping hacer frente a los cuidadores de edad avanzada a través de la carga de la atención*. 2016. 88p. Disertación (Maestría en Enfermería). Programa de Postgrado en Enfermería - PPGENF - Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Bahía, Salvador, 2016.

Introducción: La atención es la acción, y el cuidador es quien lo hace. Para llevar a cabo las acciones de atención el cuidador necesita equilibrio del cuerpo, emocional y espiritual. Cuando el cuidador es anciano las limitaciones relacionadas con la edad, el peso físico, emocional y el estrés emergen. Por lo tanto, para cuidarlos desde su vivienda, muchos cuidadores utilizan estrategias de “Coping” para abrandar su laburo. “Coping” consiste en los esfuerzos cognitivos y conductuales, que pretenden adaptarse y atrapar las situaciones de estrés y sobrecarga comúnmente experimentados por los cuidadores grandes de ancianos en la rutina del laburo con la persona dependiente. **Objetivo:** Entender las estrategias de “Coping” utilizadas por los cuidadores grandes de ancianos para atrapar la gran carga asistencial. **Metodología:** Eso es un estudio cualitativo, hecho con 10 cuidadores grandes de ancianos suscriptos en el Programa Melhor em Casa (PMC) en la ciudad de Salvador – Bahía, Brasil, en los meses de agosto y octubre del año 2015. La recolección de los datos se llevó a cabo a través del uso de: entrevistas Burden Zarit (ZBI), cuestionario sociodemográfico y guía de entrevista semiestructurada que también registraran se en audio. El análisis y procesamiento de deposiciones producido por el método de análisis de contenido propuesto por Bardin y la inferencia teórica de afrontamiento. **Resultados:** En el rango de edad hubo variaciones desde 63 hasta 80 años, la mayoría son mujeres, para el cuidado completo, se lo presentó sobrecarga de moderada a severa, según ZBI. Tras el análisis de la transcripción y el discurso, se identificaron dos categorías: La rutina de los cuidadores mayores ante la sobrecarga y estrategias de “Coping” ante la sobrecarga del cuidado y sus subcategorías. En la categoría de "rutina de los cuidadores grandes de la edad avanzada", identificaron se los procesos más generales acerca de la atención general para con los ancianos, seguido por el olvido de sí. En la segunda categoría, fueron percibidos las estrategias de “Coping” más utilizadas por los cuidadores de edad avanzada. En esta segunda categoría se puede observar que las estrategias más utilizadas por los cuidadores grandes para enfrentar su agotamiento general fueron el proceso de distracción, apoyo religioso y social y la acción directa y la resistencia respectivamente. **Conclusión:** El uso de las estrategias de “Coping” para estas personas mayores, tienen el objetivo de lograr la resistencia y estabilidad del bienestar, evitando así un mayor estado de agotamiento. Las estrategias de “Coping” fueran un fenómeno ampliamente utilizado, aunque poco conocida por los cuidadores de edad avanzada. Esta investigación también sugiere que un mejor conocimiento acerca del tema, la importancia de su conocimiento de la enfermería, que se muestra como un sensibilizador de esa parte de la población. Palabras clave: edad avanzada; cuidadores; adaptación psicológica.

Palabras-clave: Adaptación Psicológica. Cuidadores. Edad Avanzada.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 01 – Sinopse do censo demográfico de 2010	22
FIGURA 02 – Etapa da escolha dos participantes da pesquisa	39

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01 - Dados Sócio-demográficos dos idosos cuidadores de idosos participantes. Salvador/BA, 2016	40
QUADRO 02 - Condições de saúde e sobrecarga de cuidado em idosos cuidadores de idosos. Salvador/BA, 2016	43
QUADRO 03 – Impressões captadas pelo diário de campo	46
QUADRO 04 – Distribuição das categorias e subcategorias construídas a partir dos discursos apresentados por idosos cuidadores de idosos. Salvador, 2016	48

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AD - Atenção Domiciliar

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVD - Atividades de Vida Diária

BVS - Biblioteca Virtual de Saúde

DCNT- Doença Crônica não transmissível

DM - Diabetes Mellitus

EMAD - Multiprofissionais de Atenção Domiciliar

EMAP - Equipe multiprofissional de apoio

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ID - Internação Domiciliar

LEPEAF – Linha de Estudos e Pesquisa em Atividade Física

MS - Ministério da Saúde

NESPI - Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Saúde do Idoso

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAD - Programa de Atenção Domiciliar

PNPSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

SAD - Serviço de Atenção Domiciliar

SAMDU - Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência

SUS - Sistema Único de Saúde

ZBI - *Burden Interview de Zarit*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 DEFINIÇÃO DE TERMOS	21
2 REVISÃO DE LITERATURA	22
2.1 ENVELHECIMENTO E NECESSIDADE DE CUIDADOS DOMICILIARES.....	22
2.1.1 Cuidado Domiciliar	24
2.1.2 Idoso Cuidador	26
2.2 SOBRECARGA E ESTRATÉGIAS DE <i>COPING</i>	27
3 METODOLOGIA	31
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	31
3.2 <i>LÓCUS</i> DA PESQUISA.....	31
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	31
3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DEPOIMENTOS.....	33
3.5 COLETA DE DADOS	35
3.6 ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS	36
3.7 RISCOS, BENEFÍCIOS E ASPECTOS ÉTICOS	37
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
4.1 APRESENTAÇÃO DOS IDOSOS CUIDADORES	39
4.2 IMPRESSÕES CAPTADAS ATRAVÉS DO DIÁRIO DE CAMPO.....	46
4.3 CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS APREENDIDAS ATRAVÉS DOS RELATOS	47
4.4 COTIDIANO DE IDOSOS CUIDADORES FRENTE À SOBRECARGA DO CUIDADO..	48
4.4.1 Sobrecarga relacionada aos cuidados gerais à pessoa idosa	48
4.4.2 Esquecimento do cuidado de si	53
4.5 <i>COPING</i> DE IDOSOS CUIDADORES FRENTE A SOBRECARGA DO CUIDADO.....	55
4.5.1 Ação direta e resiliência	55
4.5.2 Religiosidade, espiritualidade e apoio social	58
4.5.3 Lazer e recreação (distração)	61
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	68
APÊNDICES	79
APÊNDICE A – OFÍCIO PARA LIBERAÇÃO DE CAMPO	79
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	80
APÊNDICE C - DIÁRIO PARA REGISTRO DAS IMPRESSÕES CAPTADAS DURANTE AS ENTREVISTAS	83

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO E ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	84
ANEXOS	85
ANEXO 1 – ESCALA BURDEN INTERVIEW (ENTREVISTA DE SOBRECARGA)	85
ANEXO 2 – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	87

1 INTRODUÇÃO

Pretende-se com essa pesquisa compreender as estratégias de *Coping*¹ utilizadas por idosos cuidadores no enfrentamento da sobrecarga do cuidado². Trata-se do recorte de uma pesquisa maior intitulada Vivência de Idosos Cuidadores no Cuidado a Pessoa Idosa³, que objetivou compreender como idosos cuidadores vivenciam o seu mundo no cuidado ao outro.

O envelhecimento populacional é um fenômeno global, que está intrinsicamente relacionado com a diminuição das taxas de fecundidade (IBGE, 2012). No mundo, a proporção de idosos vem aumentando consideravelmente, trazendo implicações significativas na área da saúde, devido à frequência de comorbidades e a maior incidência de declínio funcional (LIMA-COSTA et al., 2011).

Atualmente, o Brasil configura-se com uma população maior que 205.746.177 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013). Destes, em projeções estimadas, segundo o órgão, a população com a faixa etária de 65 anos ou mais deve passar de 14,9 milhões (7,4%), valor estimado em 2013, para 58,4 milhões (26,7%), em 2060 (IBGE, 2013).

O Estado da Bahia, por sua vez, no Censo de 2010, possuía uma população de 1,451 milhão de idosos e em 2013, passou a ocupar o 1º lugar em centenários no Brasil, ultrapassando até mesmo o estado de São Paulo (IBGE, 2013).

Infelizmente, quando nos referimos ao processo natural do envelhecimento, é importante frisar que, a pessoa idosa, tende a vivenciar situações de fragilidade física e emocional, estando predispostos a condições patológicas, geralmente crônicas, que podem levar a perda da autonomia, da capacidade funcional e da dependência (SEIMA; LENARDT; CALDAS, 2014).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) aponta que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda da sua capacidade funcional (BRASIL, 2006), e que está relacionada com a necessidade direta de cuidado. Nesse cenário, entra o cuidador.

¹Folkman et al., (1986) referem-se ao *Coping* como esforços comportamentais e cognitivos em constante mudança para lidar com necessidades específicas de caráter internas e/ou externas que são avaliadas como penosas ou maiores que os recursos da pessoa.

²Este trabalho contou com apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior (CAPES).

³Pesquisa realizada pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA), com cuidadores de idosos cadastrados em um programa público de atenção domiciliar.

Este apresenta-se como a pessoa que auxiliará no desempenho das atividades básicas e complexas da vida diária desses idosos, quando dependentes (NARDI et al., 2013).

Nesse sentido, Kaye et al., (2006) trazem que o número de pessoas que necessitará de cuidadores diretos deve dobrar de 13 milhões em 2000 para 27 milhões em 2050. Endossando esses dados, o *Bureau of Labor Statistics* (2012) estima que o trabalho de cuidador seja a ocupação com maior crescimento entre 2010 e 2020, estimando um aumento de 70,5%.

Segundo o Ministério da Saúde, no Caderno de Atenção Domiciliar, o cuidador configura-se como uma pessoa, parente, vizinho, ou com vínculo emocional com o paciente e que se responsabilize pelo cuidado, juntamente com os profissionais de saúde; e propõe a autonomia para o paciente, no cuidado fora do ambiente hospitalar (BRASIL, 2012).

Atualmente, são classificados dois tipos de cuidadores: o cuidador formal; que é contratado pela pessoa ou pela família, a fim de executar as ações de cuidado estabelecendo assim um vínculo empregatício, entretanto é o informal o mais comumente encontrado. Este último, na maioria das vezes, se compreende como um membro da família ou a ela relacionada através de algum vínculo, que passa a assumir as ações de responsabilidades no cuidado (PEREIRA et al., 2013).

É importante salientar que ao cuidador, na sua prática para o cuidado às pessoas idosas, é requerido atenção de ordem global, multidimensional, contemplando a interação entre os fatores de natureza física, psicológica e social, conforme descrito no manual do cuidador da pessoa idosa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008).

Butler (2013) afirma que, atualmente, há um aumento significativo de cuidados em domicílio, apresentando-se como um “*background*” para cuidadores, e estes sendo os atores desses serviços.

Assim, em seu cotidiano de cuidado, uma situação comumente vivenciada por cuidadores, e frequentemente citada na literatura, é o evento da sobrecarga. A sobrecarga constitui uma situação relacionada diretamente ao estresse. Assim, ela é definida como o conjunto de eventos físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, resultantes do lidar com a dependência física e incapacidades mentais de indivíduos (SANTOS; RIBEIRO, 2011).

Fortes e Neri (2004) descrevem esses eventos como acontecimentos significativos que ocorrem na vida da pessoa, quer seja de forma negativa ou positiva. Nesse sentido, o indivíduo tente a utilizar recursos de ordem social, intelectual, cognitivo e emocional para adequação (estratégias de adaptação), dando um maior ou menor valor atribuído a cada um desses recursos.

Estudo com cuidadores de idosos⁴ revela que a sobrecarga está associada a fatores passíveis de modificação, com a utilização de uma assistência à saúde que atenda especificamente a essa parte da população (LOUREIRO et al., 2014).

O cuidado domiciliar se configura como uma prática exaustiva, repetitiva, desgastante, isolada/solitária e duradora, podendo perdurar por anos, trazendo ao cuidador idoso repercussões de natureza física, afetiva, emocional e social, que podem levar a sobrecarga. Além disso, o acúmulo dessa sobrecarga pode vir a ocasionar maus tratos do cuidador no sujeito a quem se presta o cuidado (PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012).

Entre as atividades inerentes ao cuidador, podemos destacar o cuidado ao outro em suas Atividades de Vida Diária – AVD (banho, troca de roupa e fraldas, auxílio na deambulação, acompanhamento em exames e consultas) além de, muitas vezes, troca e cuidados com curativos, aspiração de secreções, administração de dieta; fora as atividades vinculadas à gestão do cuidado como: cuidado da casa (cozinhar, lavar, passar, arrumar), marcação e encaminhamento para consultas entre outras. Com todas essas atividades, o cuidador, quando idoso, muitas vezes pode estar sozinho, tendo que enfrentar suas próprias limitações, lidar com as incapacidades (mentais, físicas) das pessoas de quem cuida e, em muitos casos, é leigo em relação a essas situações e a maneira correta para este cuidado, o que os coloca em situação de vulnerabilidade.

Nesse sentido, como a população está envelhecendo, os cuidadores também estão. Previsões apontam que, em 2018, 1/3 dos cuidadores terão idade maior ou igual a 55 anos, trazendo um perfil de idosos cuidadores (BUTLER, 2013)

Portanto, como resultado das repercussões do cuidado e do estado de vulnerabilidade ao qual o idoso cuidador se expõe, podem surgir eventos desgastantes (físicos, psicológicos e/ou sociais) e, conseqüentemente, sobrecarga para quem cuida, sendo estas combatidas através das estratégias de enfrentamento ou *Coping*⁵.

Assim, quando este estado de mal-estar e tensão (sobrecarga) não é tolerado, o indivíduo tende a utilizar e adotar novos mecanismos frente ao evento crise, visando a estabilização ou superação desse evento (estressor) e, para superá-lo, movimenta suas

⁴Esta dissertação por não trabalhar questões de gênero, utiliza de termos como: idoso/idosos como sinônimos de “pessoa idosa” respaldado em Lei pelo n.10.741 de 1 de outubro de 2003, do Estatuto do Idoso.

⁵Na língua portuguesa não existe uma só palavra que expresse o termo em sua complexidade, visando facilitar às informações, optamos por a não tradução do termo. A tradução da palavra *Coping* pode significar “enfrentar/enfrentamento”, “lidar com ou lidar a” ou “adaptar-se à”.

capacidades de *Coping*⁶, sendo essas com a intenção de produzir adaptação e ajustamento a situação que gerou a sobrecarga (BALBINOTTI et al., 2006).

Lazarus e Folkman (1984) pioneiros de estudos sobre *Coping* relatam que o papel ativo do indivíduo na situação considerada ameaçadora (evento crise), pode interagir e confrontar com os recursos disponíveis à ameaça. Este mecanismo compreende as capacidades pessoais para enfrentar os conflitos, variando até o ponto em que a ameaça interfere no seu bem-estar, e que recursos físicos, psicológicos e sociais existem para o controle e a resolução do problema, focando no próprio problema ou na emoção.

As estratégias de *Coping*, quando possui funções específicas de gerenciamento ou alteração de um estressor, buscando soluções alternativas, custos e benefícios, implementação de escolhas, são classificadas como estratégias de *Coping* centradas no problema. Por outro lado, quando se busca o controle ou a redução das respostas de caráter emocional e minimização das emoções negativas, é classificada como estratégias centradas na emoção (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998; FOLKMAN et al., 1986).

A gênese motivacional para a escolha do tema vem decorrente da minha afinidade com estudos sobre o estresse no período da graduação. Foi a partir desse primeiro contato com a temática “estresse e suas associações” (sobrecarga, síndrome de *Burnout*, adaptação psicológica, ajustamento, etc.), que despertou em mim o interesse em aprofundar o tema, culminando no meu trabalho de conclusão de curso (TCC), intitulado: *Estresse Ocupacional em Profissionais de Enfermagem: uma Questão Associativa a Síndrome de Burnout*, que objetivou avaliar os preditores de estresse ocupacional em profissionais da equipe de enfermagem do setor de Emergência Hospitalar, como fator predisponente ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*. Essa experiência me fez questionar sobre o estresse, a sobrecarga e as suas repercussões em todos os âmbitos do trabalho, nas várias parcelas sociais da população, como também nas faixas etárias que a compõe.

Outro fator fundamental que contribuiu para o delineamento da temática foi minha participação no grupo de estudos da Linha de Estudo Pesquisa e Extensão em Atividade

⁶Ao longo do trabalho poderão surgir os sinônimos de *Coping*: “Adaptação Psicológica”; “Enfrentamento”; “Comportamento de Enfrentamento”; “Estratégias de Enfrentamento”; “Comportamento Adaptativo”; “Estratégia de Adaptação” e “Ajustamento Psicológico”, conforme DeSC. Entretanto daremos preferência de uso ao termo mais conhecido “Estratégia de Enfrentamento”.

Física – LEPEAF⁷, da Universidade do Estado da Bahia – UNEB, CAMPUS- XII – Guanambi - BA.

Ao entrar no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA), para realização do mestrado acadêmico, vi a oportunidade de aprofundar esses estudos. Assim, juntamente com o delineamento feito com minha orientadora, que já desenvolvia a pesquisa da qual esta é recorte, veio a continuidade da motivação com o tema de estresse e sobrecarga, agora aliado ao tema da pessoa idosa, a partir de discussões realizadas enquanto membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas do Idoso (NESPI)⁸, quando tive uma aproximação com o idoso em todo seu espectro.

Diante do que foi exposto, e refletindo sobre as inquietações surgidas desde a graduação, questiona-se: Quais as estratégias de *coping* utilizadas pelos idosos cuidadores diante da sobrecarga do cuidado? A pesquisa tem como objeto as estratégias de *coping* vivenciadas por idosos cuidadores frente a sobrecarga do cuidado e objetiva analisar essas estratégias.

A partir das percepções em campo da pesquisa intitulada: “Vivência de idosos cuidadores no cuidado a pessoa idosa”, realizada com idosos cuidadores, familiares ou não, atendidos por um programa de atenção domiciliar público no município de Salvador – BA, foi percebido, na base do programa e nos domicílios, um quantitativo de idosos que cuida de outros idosos muito grande, configurando uma realidade presente, e corroborando com outros estudos internacionais como os de *Tooth, Mckenna, Barne, Prescott, Murphy* (2005). Esses autores apontam que, em países desenvolvidos, quem costuma assumir o ofício de cuidador, normalmente é um idoso, devido a configuração familiar desses países serem nucleadas, de projeção cônica – convergente, diferentemente de países em processo de desenvolvimento, onde esse papel pode ou não ser dividido com outros familiares.

Para se conhecer o estado da arte sobre a temática e enriquecer a discussão, durante toda a pesquisa foram realizadas buscas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) com os Descritores

⁷A Linha de Estudo, Pesquisa e Extensão em Atividade Física e Saúde (UNEB/CNPq), desenvolve intervenções com a comunidade visando interação Universidade - população. Promove atividades (estudo, pesquisa e extensão) relacionadas a promoção da saúde. Com eixos de políticas públicas de atividade física, atividade física e grupos especiais, ***o idoso e o exercício físico***, fisiologia da atividade física e atividade física em educação em saúde.

⁸ Fundado no ano de 1973, na EEUFBA, atualmente sob a coordenação da Prof.^a Dr.^a Tânia Maria de Oliva Menezes e Prof.^a Dr.^a Larissa Chaves Pedreira, foi o primeiro grupo de pesquisa sobre envelhecimento criado no Brasil. Tem por objetivo desenvolver atividades de ensino, pesquisa e extensão de forma interdisciplinar na atenção à saúde do idoso, na área de Geriatria e Gerontologia.

em Ciência da Saúde (DeCS): Idoso, Cuidadores, Adaptação Psicológica e na base e dados CINAHL, do portal de periódico da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior (CAPES), com descritores *Aged, Caregiver, Adaptation Psychological* cruzados entre si. No levantamento dos dados bibliográficos, foi utilizado o *booleando (AND)* para o cruzamento. Na busca, foram selecionados textos na íntegra, nos idiomas português, inglês e espanhol, livre do ano de publicação. Foram incluídos textos com abordagem temática idoso cuidador, sendo excluídas, editoriais e opiniões do leitor.

Foi notório observar que artigos, tanto nacionais como internacionais específicos com a temática de cuidadores, têm demonstrado pouca abordagem quando se trata dos idosos cuidadores e a sua relação com o trabalho de cuidador de idosos, deixando uma lacuna entre repercussões desse cuidado (sobrecarga), e seus enfrentamentos (adaptação psicológica) para idosos cuidadores.

É importante ressaltar que a temática escolhida, foi pensada na atual conjectura mundial, nesta nova dinâmica populacional, na inserção do idoso no meio laboral ativo, e o cuidador, neste contexto, compreende parte do processo, como cita Butler (2013), em seus estudos, onde aponta o aumento do quantitativo de idosos no mercado de trabalho, e o trabalho de cuidador como sendo a profissão que mais acolhe esses idosos. Ela relata também que os idosos cuidadores são os mais adequados para esse tipo de trabalho, devido ao seu perfil como paciência, e serem mais cuidadosos nos cuidados ao outro com dependência.

Assim, foi possível observar que, apesar dos inúmeros estudos na área da saúde da pessoa idosa, de estudos que abordem os cuidadores, sobrecarga e estratégias de adaptação/enfrentamento serem relevantes, ainda existem lacunas sobre o tema idoso cuidador cuidando de outro idoso e as estratégias de enfrentamento frente à sobrecarga, tornando assim, esta pesquisa relevante, a partir da ideia de que, sendo a maioria dos cuidadores do sexo feminino, filhas e conjugues, e com as demandas de cuidados advindas do envelhecimento da população, apresentam sobrecarga, insuficiência de apoio no cuidado, baixa qualidade de vida, e falta de tempo para si (WESTER et al., 2013)

Dessa forma, justifica-se este trabalho visando à necessidade de desenvolver estudos na perspectiva do idoso cuidador que cuida de outro idoso e suas repercussões referentes ao seu trabalho, assim como as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos mesmos.

É importante frisar que essa pesquisa visa contribuir para a área da Enfermagem no melhor entendimento do idoso cuidador sobrecarregado, e auxílio a estas pessoas na busca e uso das melhores estratégias de enfrentamento para a sua sobrecarga. Como também servir de subsídio/referência para o estudo científico em saúde. Propondo também para as pessoas

envolvidas na temática e a sociedade, contribuições para promoção da saúde de cuidadores idosos, dar visibilidade a essas pessoas, e auxiliar na execução/implementação de políticas públicas de apoio.

1.1 DEFINIÇÃO DE TERMOS

Para melhor entendimento das discussões trazidas nessa pesquisa, apresento uma definição dos termos utilizados estresse, *Coping* e sobrecarga.

O termo estresse primeiramente pensado e citado por Selye em 1976, consiste na tensão ou pressão psicológica de agaste ou consumição, em sentido nem positivo nem negativo, em uma reação inespecífica do corpo (física e emocional) a qualquer tipo de exigência desconfortável (SOUZA-FILHO; BELO; GOUVEIA, 2006; LIPP, 2003). Essas situações de estresse possuem fontes geradoras, conhecidas como estressores, que segundo Kristensen et al., (2004), são quaisquer exigências do ambiente que gera um estado de tensão e/ou ameaça requerendo assim, processo de mudança, ajustamento ou adaptação.

Coping do inglês “*to cope*”, vt+vi; lutar, competir (*with com*) com sucesso ou em condições de igualdade, enfrentar, poder com (MICHAELIS, 2009). Em português, é descrito por “lidar com”, “superar”, “enfrentar”, “dar conta”, “aguentar”. Podendo ser a ação de suportar ou lidar adequadamente com uma situação, visando à superação de dificuldades ou limites que a situação apresenta. Assim, *Coping* é, sobretudo na sua relação com o estresse, definido como a tentativa de lidar com as exigências externas ou internas, de sobrecarga ou excedentes dos recursos do indivíduo (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Sobrecarga, segundo dicionário, diz respeito à carga excessiva (*sobre+carga*), àquilo que se acrescenta à carga normal (FERREIRA, 1999). Assim como o *coping*, a sobrecarga constitui uma situação relacionada diretamente ao estresse.

2 REVISÃO DE LITERATURA

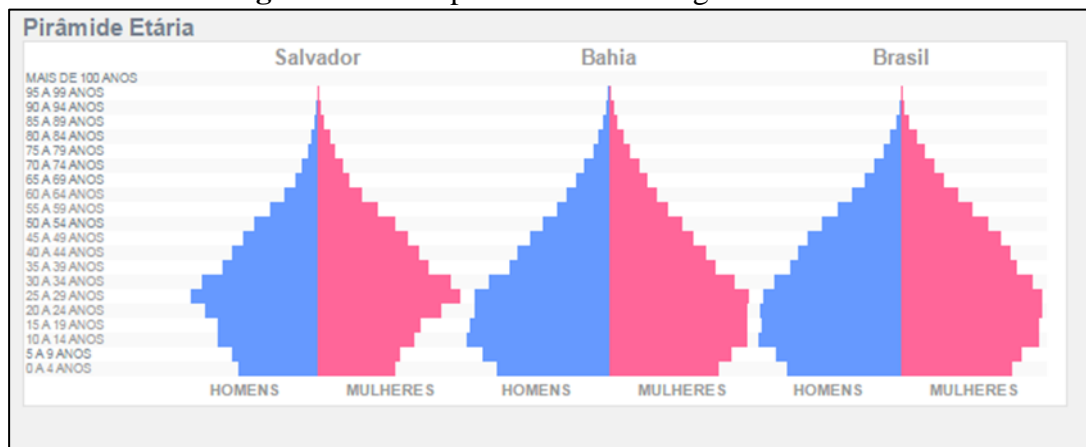
2.1 ENVELHECIMENTO E NECESSIDADE DE CUIDADOS DOMICILIARES

O crescimento mundial de idosos tem ocorrido de forma vertiginosa. Projeções feitas para o envelhecimento populacional mundial, com a faixa etária de 60 anos ou mais, indica que o número de idosos deverá passar dos 841 milhões, para 2 bilhões até o ano de 2050, como configura a Organização Mundial da Saúde – OMS (WHO, 2015).

Atualmente, o Brasil possui uma população maior que 205.746.177 habitantes, e em projeções estimadas, a população com a faixa etária de 65 anos ou mais deve passar de 14,9 milhões (7,4%), em 2013, para 58,4 milhões (26,7%), em 2060 (IBGE, 2013).

Na Região Nordeste, a quantidade de idosos passou de 5,8% em 2000 para 7,2% em 2010. Na Bahia se concentra o maior número de idosos dessa região, com 9,9% da sua população, e a capital, Salvador, conta atualmente com 9,2% de idosos na sua população (Figura 1) (IBGE, 2013). Segundo o Censo de 2010, no Brasil existe mais de 23.800 idosos longevos e Salvador é conhecida como a capital brasileira com a maior quantidade de centenários (IBGE, 2010).

Figura 01 – Sinopse do censo demográfico de 2010.



Fonte: IBGE (2013)

É importante relatar que segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), idoso é a pessoa com idade de 65 anos ou mais para países desenvolvidos, 60 anos ou mais para países em desenvolvimento segundo a Resolução nº 39/125, para envelhecimento populacional (ONU, 1982). O envelhecimento, portanto, se configura como uma conquista mundial, e acredita-se que todos os países do globo, passarão por este acontecimento (SOARES; POLTRONIERI; COSTA, 2014). Neste perfil, destaca-se, também, uma transição epidemiológica de morbimortalidade, levando estas pessoas a altas taxas de hospitalização, constantes avaliações, utilização de assistência básica e especializada, gerando uma maior demanda nesses serviços (DUCA et al., 2010; VERAS, 2009). Segundo Pilger et al., (2013),

os serviços de Atenção à Saúde, hoje, são praticamente constituídos por idosos. Assim, é possível notar a associação existente entre envelhecimento e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

As DCNT configuram atualmente as principais tendências de causas de mortes em todo o mundo. No Brasil, estas se constituem como problema de saúde pública, responsáveis por mais de 70% do número de mortes, principalmente relacionada a doenças do aparelho circulatório (31,3%), neoplasias (16,3%), Diabetes Mellitus (DM) (5,2%) e doenças respiratórias crônicas (5,8%), morbidades mais evidentes em pessoas idosas, de baixa escolaridade e renda, conforme regiões do país (BRASIL, 2011). Os principais fatores de risco para DCNT (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) são o tabagismo, o álcool, o estilo de vida inadequado, a inatividade física, a obesidade, os erros nutricionais, as dislipidemias entre outras (IBGE, 2013).

O aumento significativo da população idosa vem acompanhado de uma qualidade de vida muitas vezes ruim (SILVA; ANDRADE, 2013), que pode estar associada à incidência de DCNT, característico do processo de envelhecimento, levando a uma crescente busca dos serviços de saúde.

Percebe-se, com isso, que as DCND, associadas ao processo de envelhecimento, requerem uma grande demanda de recursos humanos e materiais devido ao longo tempo de acometimento característico desse tipo de doença. Entretanto, a atenção básica a saúde desta faixa etária ainda é precária no Brasil, aumentando a prevalência dessas doenças e agravando a situação dos acometidos (GAUTERIO et al., 2013; SANTOS; RIBEIRO, 2011).

A prevalência de doenças crônicas em idosos gera limitações nas funções motoras, cognitivas e sistêmicas, tornando o indivíduo dependente por não conseguir seu autocuidado, perdendo sua autonomia e comprometendo sua qualidade de vida (PILGER et al., 2013). Em um período inferior a 40 anos, o Brasil modificou seu cenário de mortalidade apresentando um quadro de doenças complexas e de alto custo, típico das doenças crônicas que perduram por anos e que exigem cuidados contínuos (VERAS, 2009).

Segundo WHO (2005), as DCNT são problemas de saúde global e consiste também ameaça aos índices de desenvolvimento humano, recaindo a maior carga desse tipo de doenças a países de média e baixa renda, isso inclui o Brasil. No ano de 2007, 72% das mortes no Brasil, foram decorrentes de DCNT, dentre as principais e prevalentes (doenças cardiovasculares, diabetes, doenças do trato respiratório crônico, doenças renais entre outras), seguido de 10% pelas doenças infecciosas e parasitárias e 5% as doenças materno-infantis. Contrapondo com as doenças prevalentes na década de 30 que as do tipo infecciosas

compreendia cerca de 46% das mortes brasileiras (SILVA, 2009). Ademais, o Brasil se apresenta hoje, como umas das populações que envelhecem mais rapidamente no mundo (IBGE 2013; ONU, 1982).

De acordo com Butler (2013), o quantitativo de pessoas que necessitará de cuidados, deverá dobrar em milhões, de 13 milhões em 2000 para 27 milhões em 2050. Nesse sentido o auxiliar de cuidado, ou cuidador, tenderá há um crescimento vertiginoso entre 2010 e 2020, com um aumento significativo de mais de 70%, segundo estimativa.

É com esse quadro que se torna necessária a atenção à pessoa idosa, referente ao cuidado direto próximo, direcionado às suas reais necessidades (emocionais, sociais, espirituais, físicas), focando na reorganização da assistência à saúde, na reestruturação da equipe específica, assim como na necessidade de entendimento de todo processo que compreende o envelhecimento (PILGER et al., 2013). Nesse contexto, a atenção ao cuidador dessas pessoas é primordial, pois a família é a maior responsável pelo cuidado a seus entes no domicílio e, em situações onde esse cuidador é idoso, a atenção deve ser maior por conta de suas fragilidades/vulnerabilidades.

2.1.1 Cuidado Domiciliar

Para falar de cuidados domiciliares, é preciso pensar no cuidador e na sua função que é o cuidado. Do ponto de vista filosófico, o cuidador em si, não existiria sem a prática do seu cuidado, logo, o cuidado se compreende como a ação ativa do cuidar, a essência em prática para vida. E nele, o cuidado, se permite:

A revolução da ternura ao priorizar o social sobre o individual e ao orientar o desenvolvimento para a melhoria da qualidade de vida dos humanos e de outros organismos vivos. O cuidado faz surgir o ser humano complexo, sensível, solidário, cordial, e conectado com tudo e com todos no universo (BOFF, 2004, p. 190).

No desenrolar da história há muitos relatos de cuidados, cuidados de saúde em domicílio a exemplo, como descritos na história da Grécia, Egito Antigo (a.C.) (BENJAMIM, 1993). A Europa, desde o período medieval até o iluminismo do século XVIII, antes mesmo do surgimento de unidades hospitalares, já havia meios de atenção domiciliar (AD) em cuidados diretos (SILVA, 2005).

No Brasil e em outros países, as práticas de cuidado em AD aumentaram significativamente, devido às mudanças no perfil epidemiológico populacional, a saber, o envelhecimento populacional e com ele o aumento de DCNT. Aliado a isso, o alto custo para se manter um paciente em unidade hospitalar, teve grande influência para prestação de cuidados de saúde no espaço domiciliar (SILVA, 2010).

Assim, a AD no Brasil, segundo Feuerwerken (2008), ocorreu primariamente com o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), sendo a primeira forma de AD na década de 40, no entanto, somente na década 1990 o serviço foi organizado, e configurado como cuidado domiciliar, conhecido como *home care*. A partir deste momento, houve a necessidade de regulamentação das atividades para as práticas, para que ocorresse a institucionalização no Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVA, 2009).

Em 2002, o Ministério da Saúde (MS) sancionou a Lei 10.424/02 estabelecendo ao SUS, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. Incluídos na mesma Lei, as modalidades de assistência de atendimento e internações domiciliares, procedimentos médicos e de enfermagem como também de apoio fisioterapêutico, psicológico e serviço social (BRASIL, 2002). Sendo descrito como pano de fundo para o “desafogamento” das unidades hospitalares, através da internação domiciliar com expressa concordância do paciente e da sua família. Em outubro de 2011 foi sancionada a portaria 2.527 que redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS e cria o programa Melhor em Casa (BRASIL, 2011).

Posteriormente foi visto a necessidade de melhorias no programa, assim em 2013, através da portaria do MS/GM nº 963 de 27, ocorreu a redefinição da Atenção Domiciliar como uma nova modalidade de atenção à saúde, caracterizando por um conjunto de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação prestada em domicílio, garantindo a continuidade dos cuidados e a integralidade às redes de atenção à saúde, em confluência aos princípios do SUS (BRASIL, 2013).

Ainda de acordo com a esta, o atendimento é realizado por Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD). É importante citar que a admissão do usuário no programa se equivale após concordância do paciente ou familiar.

Na Bahia, o programa embora esteja ligado a Secretária de Saúde do Estado (SESAB), ela é administrada pela Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF). O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) trabalha com paciente de médio e alto grau de complexidade. Estes recebem assistência de profissionais vinculados ao programa, como também medicamentos e insumos, e auxílio nutricional (FESF, 2014).

O SAD do Estado da Bahia em junho de 2014, possuía 12 bases e 665 pacientes internados, possuindo 12 EMAD. Cada base do programa dispõe a meta de internar e acompanhar 60 pacientes. Estas bases localizam-se nos hospitais da Rede do Estado, nos municípios de: Salvador, Lauro de Freitas, Camaçari, Feira de Santana, Vitória da Conquista, Jequié, Ilhéus e Guanambi (FESF, 2014).

O programa é composto de três modalidades: de acordo com a caracterização do paciente receptor do cuidado, do tipo de atenção que requererá esse paciente e os procedimentos a serem realizados na efetiva do cuidado. Assim, o serviço oferecido pelo programa apresenta-se como um importante apoio a cuidadores, visto que, o apoio (formalizado) é necessário para a diminuição da sobrecarga, e de possíveis adversidades associadas a esse cuidado. A atenção domiciliar visa proporcionar um cuidado contextualizado na dinâmica, rotina e cultura familiar evitando, ao máximo, hospitalizações desnecessárias e os riscos vinculados ao processo de internação hospitalar (BRASIL, 2013).

2.1.2 Idoso Cuidador

O cuidador é o indivíduo que executa cuidados diretos a outrem que esteja necessitando, quer seja por limitações físicas, restrição ao leito ou problemas de natureza mental, na função de acompanhamento, manejo e auxílio, utilizando ou não de remuneração efetiva (BRASIL, 2008).

O cuidador é um sujeito importante da atenção domiciliar. Jorgensen et al., (2009), Ashley et al., (2010) e Butler (2013), concordam que ele fornece assistência significativa com as AVD e as AIVD, embora nem sempre tenha preparo para tal.

O perfil demonstrado sobre o cuidador diz que, em sua maioria, são pessoas do sexo feminino, filhas ou esposas; possuindo predominantemente nível de escolaridade primária e com residência na mesma casa da pessoa que se cuida, normalmente este cuidador apresenta-se como sendo um familiar cuidador e, muitas vezes, com idade avançada (GONÇALVES et al., 2013; LENARDT et al., 2013; NADIR; SAWADA; SANTOS, 2013; SEIMA; LENARDT; CALDAS, 2014).

Outros estudos corroboram e complementam esse perfil, mostrando esses cuidadores como mulheres, esposas ou companheiras, com idade média de 56 anos e também filhas, que residem no mesmo ambiente que o idoso e prestam o cuidado em tempo integral (GIACOMIN; UCHÔA, 2008; GRATAO et al., 2013; REZENDE; COSTALLAT; COIMBRA, 2010). Ainda sobre o perfil, os cuidadores normalmente se apresentam como minorias étnicas, possuem outro compromisso/emprego externo ou família (JORGENSEN et al., 2009; MORRIS, 2009).

O agravante dessa demanda por idosos cuidadores, é que estes podem, devido a limitações da idade e das incapacidades adquiridas, ter mais dificuldades de realização dos cuidados a outros e a si, podendo trazer repercussões negativas desse cuidado (RODRIGUES; WATANABE; DERNTL, 2006).

O cuidado realizado à pessoa idosa gera transformações no cotidiano dos cuidadores, provocando mudanças principalmente de caráter social e de lazer, gerando dificuldades na vida pessoal e profissional, além de demandas econômicas e psicológicas, levando a processos de sobrecarga consequente ao estresse (ARAÚJO; PAUL; MARTINS, 2008).

Assim, o cuidador para efetuar seu trabalho mais eficientemente, lança mão de condições para o cuidado, entre elas: o aumento do esforço físico, o controle das emoções e a conciliação com outros afazeres, o que, possivelmente, gerará sobrecarga em sua saúde física e mental, agravando mais a situação se esse cuidador, já for idoso (NARDI et al., 2012). Normalmente, a atividade do idoso cuidador é ininterrupta e solitária, pois dificilmente há divisão de trabalho neste tipo de tarefa, exigindo muito do seu tempo e controle emocional para exercer a atividade com paciência, dedicação, carinho e afeto, levando, na maioria das vezes, a renúncia pessoal (FLORIANO et al., 2012).

O estudo de Rodrigues, Watanabe e Derntl (2006), mostrou que ser saudável para os idosos é: ter disposição para realização de tarefas, assim como ausência de doenças, não precisar de medicamentos ou serviços de saúde, não depender de alguém financeiramente ou de cuidado, estar de bem com sua vida, e estar também com saúde espiritual.

Sobre isso, ressalta-se que a religião e a saúde espiritual consistem em um sistema de crenças relativas aos seres humanos dentro de universos e culturas específicas, que podem influenciar direta ou indireta o processo de tomada de decisão, por interferirem na percepção, compreensão das situações a que estão submetidas. Isso pode interferir de modo significativo no processo de cuidar do idoso cuidador no seu cotidiano de cuidado (SALGUEIRO; GOLDIM, 2007; SILVA, 2004).

2.2 SOBRECARGA E ESTRATÉGIAS DE *COPING*

Manoel et al., (2013) pensando sobre o cuidado, trazem que na subjetividade do significado deste, ele se mostra envolto em crenças e valores de aspectos positivos (sentimento de dever cumprido, satisfação, bem-estar) como também de aspectos negativos (sobrecarga, conflitos, insegurança) vivenciadas pelo cuidador.

Os aspectos negativos merecem destaque, pois refletem diretamente na saúde do cuidador e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida e dos cuidados prestados, colocando o cuidador e a pessoa que recebe os cuidados, em situação de vulnerabilidade à violência familiar, problemas de saúde, isolamento social, institucionalização entre outros (NARDI et al., 2013).

Define-se sobrecarga do cuidador de pessoas idosas, como um conjunto de problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros experimentados por aqueles que

cuidam de pessoas com algum comprometimento (SANTOS, 2011). Braithwaite (2000), um dos pioneiros neste tipo de pesquisa, a define como uma perturbação resultante do lidar com a dependência física e a incapacidade mental do indivíduo alvo da atenção e dos cuidados.

Com isso, a sobrecarga do cuidador pode o levar ao estresse crônico e ao isolamento social, o que incrementa riscos de patologias físicas e mentais, como depressão e ansiedade. Portanto, este deve ser também o foco de cuidado, recebendo cada vez mais atenção dos profissionais e serviços de saúde.

Uma das formas de avaliação da sobrecarga do cuidador é a Escala *Burden Interview de Zarit* (ZBI), validada no Brasil, que avalia a saúde, vida social e pessoal, situação financeira, o bem-estar emocional, as relações interpessoais e o meio-ambiente do cuidador. (SCAZUFCA, 2002). A avaliação da sobrecarga dos cuidadores possibilita dimensionar os problemas enfrentados pelos mesmos no cotidiano do cuidado domiciliar e auxilia os profissionais de saúde no planejamento da assistência.

Observa-se a tendência maior do idoso cuidador da pessoa idosa desenvolver sobrecarga. Pois a pessoa idosa que assume a responsabilidade de cuidar de outra também “igual” a ela, se encontra numa situação passível também de receber cuidados, em função de poder apresentar limitações físicas e instalações de DCNT (OLIVEIRA; CALDANA, 2012).

A responsabilidade de cuidar de idoso dependente é uma tarefa exaustiva e estressante, dotadas de sobrecargas de natureza física e mental, que infere diretamente no bem-estar biopsicossocial do cuidador, podendo gerar situação onde aquele que presta o cuidado torna-se agora o que dele necessita (FERNANDES; GARCIA, 2009).

Dessa forma, ser idoso e cuidar de outro idoso, pode levar ao comprometimento da qualidade de vida, levando a consequências que possivelmente interferirá na qualidade da assistência, gerando problemas para quem cuida e conseqüentemente para quem é cuidado. Segundo Pedreira e Oliveira (2012) quando o cuidador é idoso, o comprometimento da qualidade de vida pode ser maior devido à sobrecarga física gerada.

Relacionado ao nível de sobrecarga do cuidador, estudos demonstram que 61,5% desses cuidadores apresentaram sobrecarga moderada a leve e sobrecarga moderada a severa 23,1% (LOUREIRO, 2014). Outros estudos já mostram percentis de 39% de idosos cuidadores, que gastam no mínimo 8 h diárias no trabalho de cuidar de outro idoso (OLIVEIRA et al., 2006).

Anjos et al., (2015), evidenciou muitos cuidadores sem orientação quanto aos cuidados a serem oferecidos aos idosos, e apontam que a educação compreende peça fundamental e

indispensável aos cuidadores, favorecendo uma melhor qualidade do cuidado e contribuindo com sua qualidade de vida.

Para a busca da qualidade de vida dos idosos cuidadores, há a necessidade da utilização de estratégias de enfrentamento como mecanismo de aporte para a superação de dificuldades encontradas em seu cotidiano. Assim através das estratégias de *coping*, o indivíduo busca sua estabilização físico afetiva.

Para os pioneiros de estudos sobre *Coping*, Lazarus e Folkman, (1984) as estratégias de enfrentamento são definidas como esforços cognitivos e comportamentais, usadas para lidar com demandas específicas, que surgem em situações de estresse. Assim o *Coping* é considerado fator determinante em resposta ao estresse, inferindo como adaptação, ou seja, *Coping* sobrevém da resposta aos estímulos de estresse. Portanto, essas estratégias estão associadas a um estímulo, ao qual o organismo se adapta ou tenta adaptar-se.

A adaptação a uma situação de estresse, ou evento de estresse, dependerá de como a pessoa avalia a situação que viveu, ou seja, da forma como cada um reconhece a situação vivida. Dessa forma, ela independe dos eventos serem ou não controláveis, importando ressaltar que o *coping* possui como função, somente a administração da situação estressora e não o controle e/ou o domínio da mesma (FORTES; NERI, 2004).

Vale ressaltar que uma situação estressante está em constante movimento, caracterizada com um processo dinâmico. Por isso, que a estratégia de *coping* tende a acompanhar esse processo, tornando-se também dinâmica, por estar em constante desenvolvimento para busca de uma estabilização. Assim, o ajuste psicológico a uma situação de estresse pode permanecer estável ou não.

O modelo de avaliação para *coping* segundo esquematizado por Lazarus e Folkman, (1984), nos mostra como funciona esse dinamismo das estratégias de *coping*, quando diz que o indivíduo, frente à situação estressora, tende, em primeira mão, avaliar a situação em que se encontra, para depois aplicar as estratégias de *coping* mais adequada ao caso. Assim, se a estratégia utilizada for efetiva, ela se mantém, podendo ser utilizada em outros casos semelhantes, entretanto, caso não se torne eficiente, há a necessidade de uma reavaliação e aplicação de nova estratégia.

Considerando assim, a estratégia *Coping* pode ser aprendida, utilizada e adaptada a cada situação. Esse aprendizado pode ser através de experiências anteriores ou atuais, de crenças, estilo cognitivo, capacidades de enfrentamento de problemas (MEDEIROS, PENICHE; 2006).

O *Coping* apresenta-se assim como esse processo dinâmico, por ser individualizado as formas de embate e avaliação situacional, permitindo à pessoa a avaliação e a definição da estratégia a ser utilizada e as possíveis reavaliações da relação pessoa-ambiente (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Beresford (1994) relata que a estratégia de *coping* precisa ser observada de forma independentemente do resultado apresentado, pois qualquer tentativa de administrar um agente estressor, já é considerada *coping*. Assim, o próprio envelhecimento pode ser considerado como um fator preponderante ao desenvolvimento de estresse, devido as pessoas que compreende essa faixa etária manter vínculos para dependência, ter sua autonomia diminuída, acometimento de doenças relacionada a idade, como também perda afetivas e vínculos ocupacionais (HAMARAT et al., 2002; KROEFF, 2001).

Neste sentido, observamos que o enfrentamento dos processos de estresse e a utilização de mecanismos de estabilização da homeostase, com intenção de busca do equilíbrio, advêm de processos de autocuidado, conseqüentemente melhorando a qualidade de vida dos mesmos. Assim, a sobrecarga no cuidador deve ser preocupação de todos os profissionais da área da saúde, em específico do enfermeiro, considerando-se que o sucesso de um tratamento e/ou a permanência de um doente no domicílio depende do seu cuidador. Portanto, o cuidador familiar deve ser valorizado e suas necessidades devem ser consideradas para que a atenção domiciliar se concretize como uma alternativa viável para o atendimento do doente crônico.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa com delineamento qualitativo. Optou-se pelo método qualitativo por pensar na integralidade de significados que são compostos pelos sujeitos (MINAYO, 2010). Este tipo de pesquisa caracteriza-se por incluir atividades investigativas específicas (TRIVIÑOS, 2008).

Segundo Marconi e Lakatos (2011), através do método científico, a abordagem qualitativa pode-se entrar em contato com o indivíduo de uma forma mais ampla, englobando o ambiente e a situação a qual se quer investigar, porém de forma específica através da relação intrínseca existente entre eles. Possibilitando assim, adentrar em um universo de significações (valores, crenças, atitudes, ideais e motivos), através do aprofundamento da compreensão destes, possibilitando assim interpretação de suas experiências (MINAYO, 2010).

3.2 LÓCUS DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no domicílio do idoso cuidador. A escolha do domicílio foi feita através da busca no cadastro de pessoas atendidas por um programa público de Atenção Domiciliar.

Este estudo foi realizado em uma das bases do programa, no município de Salvador – BA, localizada em um hospital público de referência. A base lócus possui uma equipe de EMAD, composta por: 2 médicos, 1 enfermeiro, 4 técnicos de enfermagem e 1 fisioterapeuta; e de profissionais da Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP), com: 1 psicólogo, 1 assistente social e 1 nutricionista. Apresenta aporte veicular para transporte multiprofissional e ambulâncias, e tem como meta atender a 60 famílias de acordo com a Portaria MS/GM n° 963 de maio de 2013. A equipe realiza visita domiciliar de acordo com as demandas apresentadas pelos pacientes cadastrados, e fornece a estes, fraldas, material para curativo se necessário, e alguns medicamentos. A visita dos profissionais da EMAP depende de uma sinalização dos profissionais da EMAD, que podem detectar demandas específicas.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram idosos cuidadores de idosos com dependência de cuidados em domicílio, que estivessem em situação de sobrecarga. Conforme critérios de avaliação e elegibilidade do programa de Atenção Domiciliar.

Esses cuidadores, em primeira instância, foram selecionados a partir dos prontuários dos pacientes idosos cadastrados na base do programa lócus dessa pesquisa. Utilizou-se o formulário de Avaliação Social de Elegibilidade, que possui dados do cuidador como nome,

idade, grau de parentesco, escolaridade, apoio ou não de serviços formais, além de outros dados, como o cadastro das pessoas que moram no domicílio. Embora no prontuário do referido programa, os profissionais procurem não colocar um idoso como cuidador principal, por eles não estarem de acordo com os critérios de elegibilidade da assistência proposta pelo programa, na prática, percebe-se que, muitas vezes, estes que assumem essa função. Por isso, na pesquisa, foi considerado idoso cuidador que cuida de outro idoso, seja este cuidador principal ou não.

Os idosos cuidadores selecionados obedeceram aos seguintes critérios primários de elegibilidade: 1. Ser idoso cuidador responsável, com idade igual ou superior a 60 anos conforme preconiza a idade civil para idoso no país; 2. Ser cuidador responsável por outro idoso em domicílio, que esteja dependente de seus cuidados, seja este seu familiar ou não. Foram excluídos da pesquisa: 1. Idosos residentes em domicílios, cujo acesso não foi seguro para o pesquisador, conforme orientação da equipe do Programa de Atenção Domiciliar (PAD). 2. Idoso cuidador não encontrado após duas visitas domiciliares seguidas.

A esses idosos selecionados, foi realizada uma visita domiciliar, primeiro com a psicóloga do programa, no intuito de conhecer essas pessoas, proporcionar um ambiente mais receptivo para a pesquisa, explicar seu objetivo e convidá-los a participar. Todos os idosos cuidadores visitados concordaram em participar.

Posteriormente, esses idosos foram visitados de forma individual, sem a equipe do programa, a fim de aplicar um critério secundário de elegibilidade para a pesquisa, para dar continuidade às etapas que respondem ao objetivo proposto. Assim, foi aplicado o questionário de ocorrência de sobrecarga no idoso cuidador. O questionário utilizado foi o *Zarit*, proposto por *Zarit Burden* (1987), e validado no Brasil por Scazufca em 2002 (ANEXO 1), que compreende o instrumento mais confiável para análise de sobrecarga em cuidadores.

Os cuidadores que apresentaram níveis de sobrecarga entre moderada e severa, de acordo com a escala *Zarit* sendo: < 21-40 sobrecarga moderada; 41-60; Sobrecarga moderada a severa; \geq 61 Sobrecarga Severa; foram selecionados e incluídos como aptos para as etapas seguintes desta pesquisa, sendo agendada visita para realização da entrevista conforme disponibilidade dos mesmos. Entretanto, quase que a totalidades desses cuidadores desejaram a execução da entrevista de imediato, o que foi feito, pois não interferiu na execução das etapas posteriores.

Aos idosos cuidadores que não apresentaram sobrecarga, foi agradecida a sua participação até aquele momento do estudo e explicado o porquê da sua exclusão.

Sobre o quantitativo de participantes em pesquisa qualitativa, ele se configura como sendo “ideal” quando, em sua totalidade, apresenta as multi - dimensões do objeto em estudo (MINAYO, 2007). Diferente da amostra quantitativa onde há representatividade numérica, na pesquisa de qualitativa ela se configura através das informações dos indivíduos colaboradores, onde a representatividade não está na quantidade de indivíduos participantes, mas na reincidência de informações/saturação de dados.

A finalização da seleção do quantitativo total de participantes deu-se pela adequação aos critérios de inclusão e exclusão proposta por este trabalho, suspendendo assim a inclusão de novos participantes que não adequassem a este perfil.

3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DEPOIMENTOS

Inicialmente, houve a aplicação de um teste piloto (pré-teste), com o instrumento de elegibilidade (*Zarit*) e o de coleta propostos para a pesquisa. Foram aplicados com dois idosos cuidadores informais, que não faziam parte do programa de atenção domiciliar escolhido. A aplicação do pré-teste serviu para identificação de possíveis erros de compreensão do público alvo, dos questionários a serem aplicados, além de observar a possibilidade de contemplação dos objetivos do estudo.

É importante ressaltar que a aplicação do pré-teste decorreu de forma idêntica ao que foi feito com os outros participantes do estudo, utilizando dos mesmos critérios de inclusão e exclusão, mesmos instrumentos, explicação do objetivo da pesquisa, respostas as dúvidas surgidas, explicação e assinatura dos termos legais (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Pós Esclarecido). Com o resultado deste, observou-se não haver necessidade de ajustes nos instrumentos, procedendo assim, à aplicabilidade viável destes.

A escala específica de sobrecarga em cuidadores informais proposta por Zarit Burden, a *Burden Interview* (BI) ou *Zarit Burden Interview* (ZBI) consiste no instrumento mais utilizado em termos internacionais para medir a sobrecarga do cuidador, e tem como função principal a avaliação global desta sobrecarga em cuidadores informais, apresentando, assim, a sobrecarga do cuidador como constituinte de problemas significativos que desperta interesse não só de trabalhos de investigação, como a necessidade de instrumentos de avaliação.

A ZBI é um instrumento composto por 22 itens de avaliação em saúde, vida social e pessoal, bem-estar psicológico, finanças e relações pessoais (SCAZUFCA, 2002). Os itens que compreende a ZBI são do tipo *Likert*, com cinco pontos de variação numérica de 0 a 4, utilizadas para avaliação de frequência, presença e intensidade de resposta desde 0=nunca, até 4=sempre. É importante ressaltar que os idosos cuidadores tiveram certa dificuldade para responder questionário do tipo *Likert*, levando um tempo considerável para entendimento das

questões e respostas, requerendo a necessidade de melhor explanação por parte do entrevistador, tomando cuidado para não interferir ou induzir respostas ao entrevistado.

A avaliação numérica do escore ZBI varia entre 0 e 88. Uma apresentação em sentido linear que, quanto maior a numeração maior a sobrecarga apresentada. Sendo: 0 – 21 - ausência de sobrecarga; 22 a 40 – sobrecarga moderada; 41 – 60 – sobrecarga moderada a severa; e 61 a 88 – sobrecarga severa (SCAZUFCA, 2002).

A versão brasileira da escala *Burden Interview* (entrevista de sobrecarga) foi traduzida e validada por Scazufca (2002) (ANEXO 1), apresentando os pontos de sobrecarga ou impacto nos cuidadores para o Brasil.

A escala de sobrecarga do cuidador de Zarit (1987) constitui um instrumento fiável, com características psicométricas para avaliar a sobrecarga associada ao cuidar. Assim, sugere-se a sua utilização, quer ao nível didática clínica como instrumento de diagnóstico (risco de sobrecarga/sobrecarga), quer como instrumento de monitorização/avaliação de programas de intervenção em cuidadores informais.

A fim de compreender o objeto de estudo, foi utilizado para os idosos cuidadores com sobrecarga, um questionário semiestruturado, para coletar os dados sócio demográficos e *coping* utilizado por essas pessoas.

Assim, o questionário utilizou de perguntas fechadas para os dados sócio demográficos, e abertas com duas questões disparadoras, permitindo ao entrevistado discorrer sobre o tema, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador, possibilitando inserir outras questões durante a coleta, condicionada à interação do pesquisador e participante, oriundos das respostas deste último (MINAYO, 2010). A entrevista semiestruturada parte de questionamentos básicos, baseados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa, possibilitando surgimentos de novas hipóteses, à medida que se constroem as respostas obtidas (TRIVIÑOS, 2008).

De acordo com Gil (2008), a entrevista semiestruturada tem o objetivo de obter dados acerca do interesse da investigação proposta. É uma das técnicas mais utilizadas no âmbito das ciências sociais para coleta de dados, por não exigir que o entrevistado saiba ler e escrever, possibilitar obter o maior número de respostas, captar a expressão corporal, a tonalidade de voz, ênfase das respostas e oferecer maior flexibilidade.

O questionário semiestruturado (APÊNDICE D) compunha de duas partes. A primeira com os dados de caracterização sócio demográfica: Idade, sexo, estado civil, escolaridade, grau de parentesco, religião, quantidade de pessoas no domicílio, cuidador principal, moradia com o idoso, tempo que mora com o idoso, capacitação para a função,

ocupação, escolaridade, renda familiar, quantidade de pessoas no domicílio, a fim de colaborar na compreensão da investigação proposta. A segunda parte apresenta as questões norteadoras: 1 - Como é o seu dia a dia na prestação desse cuidado? 2 - O que o Sr (a) faz para enfrentar essa rotina?

Esse de tipo entrevista permite ao investigador o olhar para a análise, sem ideias dotadas de pré-conceitos, valores morais ou religiosos, particularidades sociais que impeçam o fenômeno de se mostrar como ele o é. Para tanto, deve-se permitir um encontro com outro livre, singular e subjetivo. Permitindo que se desvele ao pesquisador reflexões ontológicas, que desenrole o ser, desvendando o fenômeno em estudo, de forma mais pura possível (MOREIRA; LOPES; SANTOS, 2013).

As entrevistas foram gravadas em gravador de voz digital, em celular do tipo “*smarthphone*” transcritas na íntegra, separadas e posteriormente analisadas.

Também foi utilizado um diário de campo, que teve por finalidade executar anotações das observações e impressões referentes ao cenário e pessoas envolvidas. O diário de campo auxilia no registro de fatos verificados e/ou observados pelo pesquisador podendo, para tanto, acompanhar o uso de qualquer outro procedimento de coleta de dados. Santana (2010), diz que a observação é uma técnica que utiliza dos sentidos para se conhecer a realidade do fenômeno, fazendo com que o pesquisador busque respostas para fim de seus objetivos. Através dela, o pesquisador perfaz o registro de informações importantes para complementação da análise dos depoimentos coletados (BARROS, 2007).

Antoniazzi, Dell’Aglío e Bandeira (1998), relatam que a entrevista semiestruturada consiste no método mais adequado para avaliação de estratégias de enfrentamento, uma vez que há preservação das diferenças na reflexão, no recordar e relatar de como a pessoa lida com a sobrecarga e o estresse, fazendo com que esse instrumento fosse o mais viável para atender ao objetivo da pesquisa.

É importante frisar que, embora exista um instrumento específico para coleta de dados para estratégias de *coping* (Inventário de estratégias de *coping*), proposto por Folkman et al., (1986), e adaptado para a língua portuguesa por Savóia (1996), ele não foi utilizado nesse estudo, pois objetivou-se aqui compreender essas estratégias através dos discursos dos participantes, em uma abordagem qualitativa

3.5 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados decorreu em etapas. A primeira constou de visita técnica a base escolhida. Visou, neste momento, conhecer o serviço, sua organização e equipe. Em um

segundo momento, ocorreu a pré-seleção dos participantes de acordo com os critérios preestabelecidos já apontados.

Após esse levantamento ocorreu visita domiciliar aos idosos cuidadores em companhia de profissionais do programa, a orientadora da pesquisa matriz e os pesquisadores colaboradores.

Depois de aceitar a participação, foi realizado o contato via telefone, para agendamento do dia e hora da visita, conforme disponibilidade. Julgou-se necessário a realização de um outro contato via telefone, sendo realizado no turno anterior ao agendado, ou, dia anterior, visando a confirmação do agendamento, para evitar possíveis intercorrências vinculadas a datas e horários.

Na visita, em um primeiro momento foi apresentada a proposta detalhada da pesquisa, informando os objetivos, termos éticos, riscos e benefícios e por fim, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Pós Esclarecido para assinatura (APÊNDICE B), além de sanar todas as dúvidas surgidas referente à coleta.

Por seguinte, no segundo momento, foi aplicado o instrumento de critério de elegibilidade secundária, a escala de ZBI (ANEXO 1). O terceiro momento constou da aplicação do questionário sócio demográfico e, por fim, das questões norteadoras, buscando responder ao objetivo proposto.

O período de coleta ocorreu entre agosto e outubro de 2015. Os depoimentos foram coletados em caráter individual, no domicílio do entrevistado, em local reservado, escolhido pelo mesmo.

Durante as visitas no domicílio foram feitas observações em relação a este, baseadas no roteiro elaborado para o diário de campo (APÊNDICE C), para complementação dos dados e melhor discussão das categorias de análise. Todo o processo de coleta de dados durou entre 45 a 90 min.

3.6 ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS

A análise dos dados foi realizada pelo referencial teórico de Laurence Bardin, através da Análise Categórica Temática. A análise categórica, segundo Bardin (2011), consiste na consideração da totalidade do texto analisado, permeando por processo criterioso de classificação e quantificação, observando a ausência e/ou frequência de incisos que compõem os sentidos, permitindo a formulação de significação nas mensagens construídas.

Esta análise compreendeu em três fases: a) pré-análise, contato direto e intenso com o material coletado, com propósito de analisar e sistematizar as ideias sobre o tema; b) exploração deste material, sua categorização, visando alcançar os núcleos de compreensão

textual, através de leitura exaustiva, que favoreceu a construção das categorias como também a identificação dos sistemas e as unidades de contexto; c) tratamento dos dados com interpretações nas inferências através da articulação com referenciais teóricos a respeito do tema, conforme proposto pelos teóricos Bardin (2011) e Minayo (2010).

Para discussão e compreensão das categorias, foram utilizadas referências sobre envelhecimento e *coping*.

Após realizada toda a coleta, ocorreu o processo de catalogação do material separado por participante, após divisão em pastas específicas e cores, com a finalidade de facilitar encontrar e referenciar cada participante. Em um momento futuro, ocorreu a busca pelos núcleos de compreensão textual, através da leitura e sinalizando assim, pontos chaves, frases, textos, ideias que emergiam pensamentos que facilitou a construção das categorias. E por fim, interpretação e tratamento dos dados com a discussão com os teóricos, para um melhor aprofundamento da temática.

3.7 RISCOS, BENEFÍCIOS E ASPECTOS ÉTICOS

Considerando que pesquisas envolvendo humanos oferecem riscos, este estudo não trouxe danos ou riscos aos envolvidos, sendo, portanto, classificado como risco mínimo. Os benefícios individuais e coletivos poderão possibilitar maior aprofundamento científico sobre o tema, para melhor assistência aos cuidadores e subsidiar os profissionais de saúde, com destaque para os enfermeiros.

Na realização da pesquisa e construção dos trabalhos posteriores, os referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça foram respeitadas em todas as suas fases, com o objetivo de assegurar os direitos e deveres dos participantes.

As informações referentes à pesquisa foram esclarecidas à diretoria do programa de atenção domiciliar do município de Salvador, como forma de assegurar a continuidade do sigilo dos dados obtidos através dos questionários, foram assinados os Termos de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) pelos participantes (APÊNDICE B) que formalizou o consentimento da pesquisa mediante o esclarecimento requerido.

No TCLE consta o objetivo da pesquisa, informações acerca da participação dos idosos cuidadores, esclarecimentos quanto à participação voluntária com preservação da identidade. Ratificando que as informações coletadas serão utilizadas apenas para a produção desse trabalho e divulgação dos resultados para fins científicos. Sendo esclarecido aos entrevistados a tempo, requerem abandonar a pesquisa a qualquer momento da coleta.

Esses instrumentos foram assinados por todos como condição para participar da pesquisa, em duas vias de igual teor, onde uma via disponibilizada para o participante e a

outra mantida em arquivo na sala do NESPI pelo período mínimo e igual a cinco anos. Após este período, os protocolos serão destruídos. Foi solicitada a gravação da entrevista, com o fim de obtenção de uma maior fidedignidade das informações e menor distorção da realidade pesquisada.

Como objetivo de preservar o anonimato dos participantes, após transcrição das falas, as iniciais dos nomes foram substituídas por letras/codínomes escolhidos pelos pesquisadores, sendo a letra C escolhida referente a abreviação de “Cuidador”, acrescido de um número variável de 1 a 10, seguindo ordem de coleta e análise.

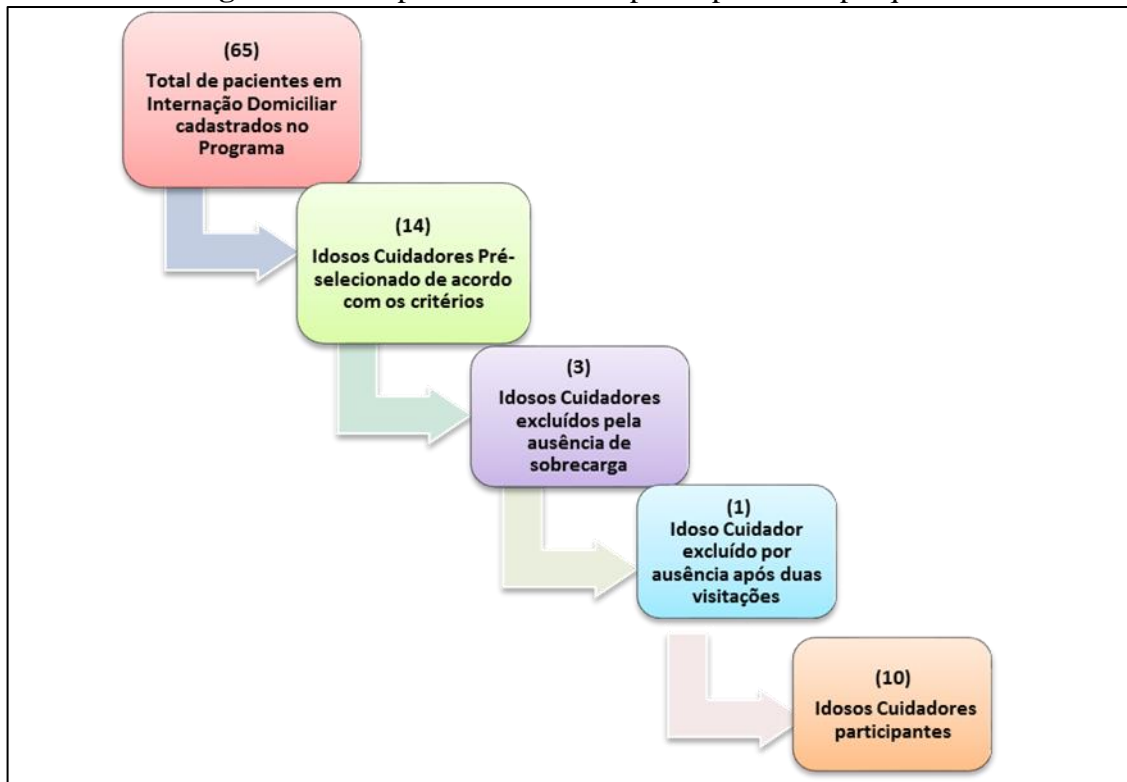
Durante todo o estudo foram considerados os aspectos éticos e legais, dispostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto maior na qual essa pesquisa compõe, foi submetido ao comitê de ética da Escola de Enfermagem da UFBA, e aprovado sob nº de CAAE 20640814.1.1001.5531 e parecer de aprovação do CEP nº 655.391 de 03/03/2014 (ANEXO 2).

Aos cuidadores participantes, após a entrevista, foi encaminhada uma carta de agradecimento, explicando também sobre o uso das informações coletadas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificados 10 idosos cuidadores com níveis de sobrecarga de moderada a severa, dos 65 pacientes em internação domiciliar, 14 eram idosos cuidadores. Destes, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, três foram excluídos por apresentarem ausência de sobrecarga ou sobrecarga leve, e um idoso cuidador foi excluído por não se encontrar em domicílio após duas visitas. Dessa forma, 10 idosos cuidadores fizeram parte da pesquisa (Figura 2).

Figura 02 – Etapa da escolha dos participantes da pesquisa



Fonte: Elaboração Própria

Assim, esse capítulo apresenta os idosos cuidadores entrevistados, apontando os aspectos socioeconômicos, as condições de saúde e o nível de sobrecarga apresentado; as impressões trazidas pelo diário de campo e as categorias e subcategorias apreendidas através dos relatos dos participantes, as quais orientaram as discussões para compreensão do objeto de estudo.

4.1 APRESENTAÇÃO DOS IDOSOS CUIDADORES

C1: Masculino, 78 anos; esposo; caucasiano; casado. Católico; estudou até o ensino médio; aposentado. Mora com a esposa. Sobrecarga severa.

C2: Feminino; 69 anos; esposa; negra; casada. Evangélica; estudou até o ensino fundamental; aposentada. Mora com o esposo e mais sete membros (irmãos, sobrinhos, cunhado) Sobrecarga severa.

C3: Feminino; 63 anos; filha; negra; solteira. Cristã não praticante; estudou até ensino médio; desempregada. Mora com o esposo e mais um membro. Sobrecarga moderada.

C4: Feminino; 72 anos; irmã; caucasiana; solteira. Católica; estudou até o ensino médio; aposentada/autônoma. Mora com a irmã. Sobrecarga moderada.

C5: Feminino; 68 anos; filha; caucasiana; solteira. Católica; estudou até o ensino médio; aposentada. Mora com a mãe e mais dois membros. Sobrecarga moderada.

C6: Feminino; 75 anos; esposa; negra; casada. Evangélica; alfabetizada; aposentada. Mora com o esposo. Sobrecarga moderada.

C7: Masculino; 80 anos; esposo; negro; casado. Católico; estudou até o ensino fundamental; aposentado. Mora com a esposa e mais um membro. Sobrecarga moderada.

C8: Feminino; 77 anos; esposa; negra; casada. Católica; estudou até o ensino fundamental; aposentada. Mora com o esposo e mais um membro. Sobrecarga moderada.

C9: Feminino; 73 anos; esposa; negra; casada. Católica; estudou até o ensino médio; dona de casa. Mora com o esposo e mais um membro. Sobrecarga moderada.

C10: Feminino; 75 anos; esposa; negra; casada. Católica; estudou até o ensino médio incompleto; aposentada. Mora com o esposo e mais três membros. Sobrecarga severa.

Os quadros 1 e 2 reúnem os dados socioeconômicos e as condições de saúde dos idosos cuidadores entrevistados.

Quadro 01 - Dados Sociodemográficos dos idosos cuidadores de idosos participantes

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS IDOSOS CUIDADORES DE IDOSOS		
	N	%
Sexo		
Mulher	8	80,0
Homem	2	20,0
Estado Civil		
Casado (a)	7	70,0
Solteiro (a)	3	30,0
Nível de Escolaridade		
Ensino Fundamental	5	50,0
Ensino Médio	4	40,0
Alfabetizado	1	10,0

Renda		
1 Salário mínimo	1	10,0
1-2 Salários mínimos	6	60,0
2-4 Salários mínimos	2	20,0
Não referido	1	10,0
Religião		
Católico (a)	6	60,0
Evangélico (a)	3	30,0
Cristão (ã) não praticante	1	10,0
Profissão		
Aposentado	8	80,0
Desempregado	1	10,0
Do lar	1	10,0
Pessoas em Domicílio		
2 a 5 pessoas	9	90,0
6 a 10 pessoas	1	10,0
Grau de Parentesco		
Esposo (a)	7	70,0
Filho (a)	2	20,0
Irmão (ã)	1	10,0
Total	10	100,0

Fonte: Pesquisa “*Coping* de idosos cuidadores frente à sobrecarga do cuidado”. Salvador/BA, 2016.

Os idosos cuidadores participantes possuíam idade entre 63 e 80 anos, com prevalência de pessoas do sexo feminino, casadas, com escolaridade fundamental, aposentadas, católicas, residentes com o idoso a quem prestavam cuidados, e renda média de 1 a 2 salários mínimos.

Sobre a distribuição por sexo, a pesquisa está de acordo com a realidade nacional. O Brasil atualmente configura-se como um país em processo de envelhecimento, e a mulher constitui o maior número na faixa etária acima de 60 anos (IBGE, 2010).

O número de mulheres cuidadoras foi maior do que o de homens, refletindo sobre as obrigações com a família que a mulher exerce, que apesar da nova figura da mulher moderna, independente, as atividades domésticas ainda são assumidas por elas.

Uma pesquisa realizada no interior da Bahia demonstrou que os cuidadores familiares de idosos, em sua maioria, foram mulheres, com baixa escolaridade e renda (ANJOS et al., 2015). Esse perfil de mulheres também foi encontrado em um estudo no Canadá (WILLIAMS; WANG; KITCHEN, 2016). Normalmente, ao adoecimento de um ente, quem assume o papel de cuidados primários é a mulher. Diferente do homem que tende mais a contribuir na forma de suporte (transporte, compras externas, dinheiro dentre outros) do que cuidados diretos.

Um dado interessante está no estudo de Matsuda et al., (2005) que apresenta um perfil de cuidadores composto por 80% de mulheres, das quais 60% eram afrodescendentes e 40% brancas. Tal situação também foi percebida nesse estudo, haja vista que este foi realizado em Salvador, considerada a cidade mais negra do mundo, fora da África (IBGE, 2013).

Outro dado importante se refere ao estado civil. Dos 10 idosos cuidadores de pessoas idosas entrevistados, sete eram casados e três se colocavam como solteiros e/ou não possuíam nenhum relacionamento conjugal ou união estável. É importante salientar que o estado civil, casada(o), é um fator protetivo para o idoso que é cuidado, devido a relação afetiva íntima do núcleo familiar, a exemplo de alguém acometido por uma DCNT ser cuidado por sua família, como afirma Ramos (2003).

Outro fato importante sobre estado civil é que, no idoso cuidador, este requer atenção. Achados nesta pesquisa demonstraram que a maioria dos idosos cuidadores sejam eles cônjuges, filhos, ou parentes diretos dos idosos a quem prestam cuidados, são casados. Tal situação pode se configurar como fator positivo para a relação do cuidado, quando se constitui em apoio afetivo interligado nas ações das atividades desenvolvidas, ou mesmo como fator negativo, quando gera sobrecarga ao cuidador, devido ao acúmulo de atividades e a relação íntima afetiva quando se apresenta desequilibrada nos papéis (PEREIRA et al., 2013).

O estado civil influencia diretamente a relação entre a depressão e a qualidade de vida, assim, estar casado ou ter união estável implica numa melhor qualidade de vida física, psicológica e social e uma menor depressão, quando comparada com solteiros, viúvos e divorciado (RONCON; LIMA; PEREIRA, 2015).

A pesquisa demonstrou que em relação com a escolaridade, à maioria dos idosos cuidadores possuíam apenas o ensino fundamental completo. Anjos et al., (2014) encontraram em seu estudo um percentual de 38% de cuidadores analfabetos ou possuindo no máximo o

ensino fundamental incompleto. Essa é uma situação preocupante, pois a formação deficiente pode dificultar a apreensão/aprendizado de informações importantes sobre o cuidado de si e do outro.

Sobre a renda dos cuidadores, observou-se uma predominância no recebimento de 1 a 2 salários mínimos, semelhante aos resultados dos estudos de Maroldi et al., (2012), onde somente 36% dos cuidadores possuíam renda mensal, 29% com uma renda de até um salário e somente 7% entre dois e três salários mínimos. Anjos et al., (2015) apontaram que 44% dos cuidadores abordados recebiam até no máximo um salário mínimo, e 35% destes não possuíam renda alguma.

A renda para o idoso cuidador é importante, pois nessa idade outras demandas surgem como compra de medicamentos, necessidade da ingestão de alimentos diferenciados, consultas entre outras especialidades para que estes cuidem de sua saúde, como também elementos para o cuidado da saúde do outro.

A religião predominante foi à católica (sete cuidadores), seguida pela evangélica (três cuidadores). Essa configuração demonstra que a predominância de idosos cuidadores católicos, condiz com a realidade do Brasil, que ainda se apresenta como o país com maior quantitativo de católicos do mundo (IBGE, 2010), embora o mesmo Censo aponte também um aumento exponencial de evangélicos.

Observou-se, no estudo em tela, que o cuidado oferecido é normalmente parental, prestado, em sua maioria, pelas esposas, seguido pelas filhas, respectivamente. Conforme Braz e Ciosak (2009), normalmente são essas pessoas que se responsabilizam por esta atividade. Em relação às condições de saúde e sobrecarga de cuidados em idosos cuidadores de idosos, segue o quadro 02:

Quadro 02 - Condições de saúde e sobrecarga de cuidado em idosos cuidadores de idosos

CONDIÇÕES DE SAÚDE E SOBRECARGA DE CUIDADO EM IDOSOS CUIDADORES DE IDOSOS		
	N	%
Condições de Saúde		
Hipertensão Arterial Sistêmica	7	70,0
Câncer de Mama	2	20,0
Disfunção Urológica	2	20,0
Patologias Osteomusculares	2	20,0
Diabetes Mellitus	1	10,0
Cardiopatia	1	10,0

Doenças Respiratórias	1	10,0
Distúrbios Gástricos	1	10,0
Transtornos Psiquiátricos	1	10,0
Distúrbios visuais	1	10,0
Alergia	1	10,0
Cuidador		
Principal	9	90,0
Secundário	1	10,0
Tempo de Cuidado		
0 a 2 anos	6	60,0
3 anos	2	20,0
4 a 6 anos	2	20,0
Apoio recebido		
Formal	1	10,0
Informal	5	50,0
Sem apoio	4	40,0
Recebeu Capacitação para o cuidado		
Não	9	90,0
Sim	1	10,0
Nível de Sobrecarga de Cuidado		
Moderado	7	70,0
Severa	3	30,0
Total	10	100,0

Fonte: Pesquisa “*Coping* de idosos cuidadores frente à sobrecarga do cuidado”. Salvador/BA, 2016.

Os dados deste estudo apontam que a maioria dos idosos entrevistados relatou ter Hipertensão Arterial Sistêmica (07 cuidadores). Este achado chama atenção, pois a hipertensão arterial, doença mais relatada pelos participantes, é considerada umas das causas mais comuns de morbidade e mortalidade prematura. Além desta, outras patologias foram

relatadas, tais como: cardiopatias, hipertensão, diabetes, distúrbios psiquiátricos, problemas urológicos, osteoporose, problemas gastrológicos, câncer mamário, problemas osteomusculares - hérnia de disco, ciático, bronquite, distúrbios visuais e renais, conforme o quadro acima.

A condição de saúde apresentada pelos idosos cuidadores se assemelha a condição de saúde dos cuidadores investigados nos estudos de Maroldi et al., (2012), mesmo este não tendo como foco os cuidadores idosos. Em seu estudo, 25% apresentavam algum tipo de comprometimento em sua saúde, como diabetes (5%), depressão (7%) e câncer (3,5%). Assim como no estudo em tela, muitos desses cuidadores não possuíam sua comorbidade registrada pela equipe de atenção domiciliar, quer seja por falta de diagnóstico, imprecisão das informações ou subnotificações.

Embora os idosos entrevistados soubessem dizer o nome das comorbidades que possuíam, eles não compreendiam as reais implicações das mesmas. A dificuldade de não entender a doença e suas complicações, gera o despreparo para com sua própria condição de saúde, podendo trazer também sérios riscos a quem necessita de seus cuidados.

Os idosos cuidadores entrevistados, em sua maioria, declararam ter algum apoio “informal” para a prestação dos cuidados, embora fossem os cuidadores principais. Nesse estudo, nenhum cuidador fazia dessa atividade seu trabalho, situação comumente vista no Brasil. Entretanto, uma pesquisa feita nos Estados Unidos por Butler (2013), demonstra que a maioria desses idosos cuidadores, utilizam o ofício de cuidador como uma atividade laboral remunerada. O mesmo autor dispõe, em dados de projeção, que em 2018, 1/3 dos cuidadores terão idades iguais ou superior a 55 anos, um aumento significativo de (22 %) comparado ao ano de 2008, demonstrando o trabalho de cuidador como uma opção efetiva para trabalho nesta faixa etária.

Anjos et al., (2014) observaram que a maioria dos cuidadores, além de serem mulheres, casadas, com idade avançada, aprestando baixa escolaridade e baixa renda, dedicam um longo tempo para o cuidado integral, sem aporte social, podendo levar conseqüentemente à sobrecarga física e mental.

Assim, sentimentos de natureza negativa, estresse e sobrecarga, acontecem com frequência em cuidadores com dedicação exclusiva de cuidado, devido à falta de aporte de outras pessoas para diluir suas demandas (ANJOS et al., 2014, MALHOTRA, 2012)

Estudos internacionais como o de Malhotra (2012) aponta que, além da maioria das cuidadoras investigadas possuírem idade avançada e baixa escolaridade, cerca de 4% dizem

ou demonstravam ter sintomas de depressão, e 42% possuíam reação negativa para com o trabalho realizado e reclamavam do tempo despendido no cuidado.

4.2 IMPRESSÕES CAPTADAS ATRAVÉS DO DIÁRIO DE CAMPO

O registro das impressões captadas durante as entrevistas, através do diário de campo (APÊNDICE C) oportunizou a execução de anotações referentes ao cenário e aos participantes envolvidos. Apareceram em plano de fundo, detalhes significativos para as reflexões sobre o dia a dia desses idosos cuidadores, conforme demonstrado no quadro 03.

Quadro 03 – Impressões captadas pelo diário de campo

	Aparência e estado geral do cuidador	Relação do cuidador e a pessoa que se cuida	Condições do domicílio
1	Tranquilo, bem cuidado. Boa aparência geral.	Diferia o que dizia, com uso da linguagem corporal.	Bem estruturada e banheiro adaptado às necessidades dos moradores. Boa iluminação e baixa ventilação, além de rede de esgoto e coleta de lixo.
2	Cansada, tensa e malcuidada. Fumante compulsiva.	Boa, amorosa, mas não com outros moradores da casa. Queixosa com a sobrecarga.	Razoável. Baixa iluminação, baixa ventilação e banheiro não adaptado às necessidades dos moradores.
3	Falante e disposta. Com boa aparência.	Boa, amorosa. Queixosa com a sobrecarga.	Razoável. Boa iluminação, e boa ventilação. Banheiro não adaptado. Leito do acamado não próprio ergonomicamente.
4	Responsiva e disposta. Aparência com bom aspecto.	Boa, amorosa. Queixosa com a sobrecarga do cuidar.	Boa iluminação, e boa ventilação. Possuía banheiro adaptado. Leito do acamado não próprio ergonomicamente.
5	Falante e disposta. Aparência com bom aspecto.	Boa, amorosa. Queixosa com a sobrecarga.	Razoável. Boa iluminação, e boa ventilação. Banheiro adaptado. Leito do acamado não próprio ergonomicamente.
6	Tímida, disposta. Aparência com bom aspecto	Boa, amorosa. Queixosa com dores nas pernas e o trabalho no cuidar sozinha.	Pouca iluminação, péssima ventilação. Domicílio simples, mas arrumado e limpo. Banheiro não adaptado. Leito do acamado não próprio.

7	Falante e disposta. Aparência com bom aspecto	A relação boa, amorosa. Queixosa com a sobrecarga.	Condições do domicílio muito bom. Boa iluminação, e boa ventilação. Leito do acamado não próprio ergonomicamente.
8	Tímida, disposta. Aparência com bom aspecto.	Atenciosa e amorosa. Cuidava de dois idosos.	Média iluminação, e boa ventilação. Domicílio muito arrumado e limpo. Possuía água encanada, rede de esgoto eficiente, coleta de lixo.
9	Tímida, disposta. Aparência com bom aspecto.	A relação com a pessoa a quem lhe presta cuidado, muito boa, amorosa, muito cuidadosa. Às vezes queixa com o peso dele [muito grande] e cansaço nas pernas.	Condições do domicílio bom. Possuía água encanada, rede de esgoto eficiente, coleta de lixo. Acesso com direto a moradia sem barreiras. Leito do acamado [sofá] adaptado, não próprio ergonomicamente.
10	Falante e aparência com bom aspecto. Reclamava muito. Demonstrou irritabilidade por coisas externas.	Queixosa com a sobrecarga do cuidar.	Condições do domicílio muito bom, mas apertado. Média iluminação, e baixa ventilação. Não muito arrumado nem limpo.

Fonte: Dados da Pesquisa, Salvador – BA (2016)

O Diário de campo permitiu mostrar detalhes significativos sobre o ambiente estrutural, e como este pode inferir na sobrecarga desses idosos cuidadores.

Leite et al., (2012) afirmam que as características do ambiente domiciliar, onde normalmente o cuidado é prestado, tende a oferecer pouca estrutura para o cuidado. Foi percebido nessa pesquisa, durante as visitas domiciliares que as residências dos idosos cuidadores, em sua maioria, possuíam baixa luminosidade, com acesso ao domicílio dificultado por escadas sem adaptação (corrimão), excesso de móveis, favorecendo pancadas e quedas, além de banheiros não adaptados. Essas observações demonstraram o quanto esses ambientes podem ser geradores de problemas para o bem-estar dos cuidadores e de seus familiares.

4.3 CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS APREENDIDAS ATRAVÉS DOS RELATOS

Da leitura dos discursos, foi possível construir as seguintes categorias de análise com suas respectivas subcategorias, conforme o quadro abaixo:

Quadro 04 - Distribuição das categorias e subcategorias construídas a partir dos discursos apresentados por idosos cuidadores de idosos

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Cotidiano de Idosos Cuidadores Frente a Sobrecarga do Cuidado	Sobrecarga relacionada aos cuidados gerais da pessoa idosa
	Esquecimento do Cuidado de Si
Coping frente a Sobrecarga do Cuidado	Ação direta e resiliência
	Religiosidade, espiritualidade e apoio social
	Lazer e recreação (Distração)

Fonte: Dados da Pesquisa, Salvador – BA (2016)

4.4 COTIDIANO DE IDOSOS CUIDADORES FRENTE À SOBRECARGA DO CUIDADO

Esta categoria emergiu das falas dos idosos cuidadores, mediante a seguinte questão norteadora: “Como é o seu dia a dia na prestação desse cuidado?” (APÊNDICE D), e permitiu compreender o cotidiano dessas pessoas, permeado pelas subcategorias: cuidados gerais da pessoa idosa, que apareceu 15 vezes nas falas; cuidados com a infraestrutura, oito vezes; sobrecarga relacionada à gestão do cuidado, que foi o evento gerador de sobrecarga mais citado, aparecendo 34 vezes e esquecimento de si, citado 15 vezes pelos cuidadores.

4.4.1 Sobrecarga relacionada aos cuidados gerais à pessoa idosa

Aqui refere-se ao cuidado diário apresentado pelos idosos cuidadores à pessoa idosa, demonstrado em concordância entre as falas captadas nas entrevistas, o dia a dia dos idosos cuidadores, se baseiam principalmente no que se diz respeito ao auxílio prestado nas AVDs e nas AIVDs da pessoa idosa que cuidam.

Acordo cedo, e já ajeito tudo para ela. Preparo o café, as frutas que ela tem que comer né? [...]. mas não posso esquecer dos remédios [...]. Então, preparo tudo, aí dou o banho dela. [...]. A noite ela come sopa, verdura, ou algo que eu faço e toma os remédios, ajeito ela para dormir. [...].(C1 - 78 anos – sobrecarga severa).

Bom... é assim: pela manhã ela tem que tomar o remédio, depois tomar a refeição e depois de duas em duas horas, tem que dar uma coisa para o problema gástrico, um chá, alguma coisa para não dar um problema com a medicação. Aí depois vem o banho, né? Ajudo ela. Depois vem o almoço, a medicação... aí ela fica sentada e dorme um pouquinho. [...].(C2 – 69 anos – sobrecarga severa).

[...] minha rotina é: Levanto cedo, faço minha higiene, escovo os dentes aí vou olhar ele para ver se precisa trocar ele...[...]. Eu coloco duas fraldas nele à noite, aí eu troco meu maridinho, aí vou fazer o mingau. Tanto eu quanto ele tomamos mingau pela manhã [...]. Depois ele toma um suco, um pedaço de pão, um biscoito.... Depois eu ponho ele na cadeira, aí depois ponho ele na sala e ligo a televisão (C3 – 63 anos – sobrecarga moderada).

Amanheço ... assim: tem dia que eu levanto seis, sete horas... oito. Aí vou para a cozinha cuidar de minhas coisas que tenho que fazer. Aí trago água para ele, escovo o que é para ser escovado, dou a ele o remédio, depois dou o café (C6 – 75 anos – sobrecarga moderada).

Olha, quatro horas da manhã já estou acordada... Cinco horas eu levanto, faço o cafezinho para eles, porque eu não tomo café. Mas depois do café, já eu cuido de escolher o feijão, botar de molho... Depois já começo a arrumar para merendinha dele, a “sopinha, ou mingauzinho” de aveia. Eles sempre dizem que não querem, mas dizem que também eu não sei fazer outra coisa. À noite, dou a “jantinha” deles, e vou ajustando para dormir... dou os remédios, e só depois que eu durmo (C8 – 77 anos – sobrecarga moderada).

É importante notar que a família se configura como a principal responsável pelo cuidado de familiares em situação de dependência, como demonstrado aqui. Quando o idoso se torna dependente, normalmente um familiar, ou a família é quem o auxilia no desenvolvimento de suas atividades diárias (NARDI; OLIVEIRA, 2012). Ela se baseia em crenças, valores e práticas em uma estrutura complexa por conviver com as diferenças e dificuldades da própria composição familiar (BACKES et al., 2006).

Assim, em uma rotina de cuidado, é necessário reconhecer a importância da família na dinâmica dos cuidados aos idosos conforme expõe Küchemann (2012). Caso não tenha essa aproximação, a tendência é um aumento da sobrecarga perceptível. Na pesquisa, muitos dos idosos cuidadores queixaram de sentirem-se sozinhos, ou sem um aporte direto da família, fator que, provavelmente, influenciou o aparecimento da sobrecarga. Um exemplo dessa situação foi a cuidadora C2 – 69 anos, muito queixosa do afastamento dos membros da família e classificada como possuindo sobrecarga severa. Por outro lado, foi percebido que, para outros, como C5, C8, C3, só a presença da família já melhorava o seu bem-estar e o daqueles que recebiam os cuidados.

No cuidado domiciliar a família se configura como agente que desenvolve ação e atitude (LACERDA, 2010). O cuidado consiste em uma relação íntima e afetiva. Segundo Floriano et al., (2012), no domicílio, o cuidado ao idoso geralmente é realizado por um familiar. E na totalidade dos entrevistados, configurou que um familiar muito próximo era quem prestava esses serviços como demonstra as falas:

Amanhece o dia, eu acordo, vou ferver o café para dar a ele... eu vou comprar o leite, pão. Pão ele gosta. Leite com pão e pouquinho café. Também gosta de bolacha. [...] Outra vez um cuscuz, outra vez beiju ... ele come pouco, come mamão uma banana. Os remédios têm de dez horas, outro oito horas da noite. Tem dias que tem que tomar inalação, tem dias que tem que tomar outro na boca, é muito remédio... que nem sei qual é.... [risos] olha aqui, tudo dele (C9 – 73 anos – sobrecarga moderada).

Eu faço a alimentação dele a comida dele [...]. Porque ele tem problema de pressão... por causa dos problemas que ele tem entendeu? A comida dele é completamente diferente... a dele, diferente de toda casa... então eu tenho que cozinhar duas vezes. (C10 – 75 anos – sobrecarga severa).

Olha, eu acordo as cinco horas. Seis horas eu já coei o café... e já preparo as coisas para ela. Eu tomo café com ela, só com pão com manteiga, só um pouquinho e um ovo cozido e tiro a parte vermelha e só deixo a parte branca. Ela tem mais capacidade... que eu de comer. Eu estimo isso... no estomago dela, ela tem mais capacidade que eu. Eu que dou o remédio para ela..., mas ela consegue tomar sozinha (C7 – 80 anos – sobrecarga moderada).

Nesse ponto, foi possível na conversa com os profissionais do serviço, perceber que, quando o idoso dependente só tem outro idoso para realizar seus cuidados, a equipe sugere que a família pense em outro cuidador responsável, embora isso nem sempre seja possível.

Entre os participantes, nove relataram não ter sido capacitado para a prestação de cuidados domiciliares, apontando apenas terem sido orientados nos cuidados gerais com a higiene, alimentação e controle da medicação. Geralmente, na atenção domiciliar, as orientações são realizadas no domicílio de acordo com as demandas de cada paciente e familiar. Nesse sentido a equipe programa as suas visitas.

Pela manhã, levanto, aplico insulina, como prescrito e orientado. Ela tem diabetes e mal de Parkinson, mas o Parkinson é controlado... porque ela tá tomando um remédio, e eu dou do jeito certo que me foi dito (C5 – 68 anos – sobrecarga moderada).

Deixo até uma garrafa para se ter um parâmetro e ver que ela beba bastante água. Cuidado de trocar fralda [...] A alimentação dela é controlada, é um arroz, feijão, um franguinho, ao molho e sempre tem uma verdura. E sempre tem uma sopa. E toma muito iogurte de ameixa para o intestino... Então tenho que ter todos esses cuidados (C4 – 72 anos – sobrecarga moderada).

Volto sempre a cozinha e vou fazer... cortar verduras para a comida dele. A comida dele deve ser pastosa. Faço um “feijãozinho” ... um arroz. Depois que eu termino de cortar toda a alimentação dele, do jeitinho que deve ser, vou e volto para dar banho nele (C3 – 63 anos – sobrecarga moderada).

Santiago e Luz (2012) apontam que os cuidadores necessitam devidamente serem orientados e preparados para execução do cuidado ao idoso em domicílio, tornando-os capazes de avaliar às reais necessidades e limites da pessoa cuidada, não se esquecendo do seu autocuidado.

Os idosos cuidadores se preocupam em deixar um ambiente limpo e confortável para aqueles de quem cuidam. Se preocupam também, em comprar medicamentos, alimentos tidos como saudáveis, fraldas, marcar consultas, organizar os horários de medicação entre outras atividades que foram relacionadas, nessa categoria, como a sobrecarga relacionada a gestão do cuidado.

Sobre o cuidado dela é isso: Eu cuido da higiene dela, dos horários dos remédios dela e da comida. (C1 - 78 anos – sobrecarga severa).

Já chegou ao ponto eu deixar ela sozinha, para ir comprar a medicação, ligar para os médicos, marcando os médicos (C2 – 69 anos – sobrecarga severa).

Domingo, eu lavo a casa ... banheiro, o pior é eu abaixar, varrer. Mas antes de começar a limpar tudo, tem que esperar ela usar o banheiro, se acomodar toda, aí eu começo [...]. Às vezes eu não durmo direito, quando ela diz que está com falta de ar, levanto meia noite. Eu levanto para fazer chá de cidreira, dou a ela [...], espero ela dormir, cubro. Eu, de vez em quando, venho, dou uma olhadinha nela, para ver se está tudo bem, uma vida estressante. (C1 – 78 anos – sobrecarga severa).

O Domicílio configura-se como um ambiente para o cuidado, capaz de gerar repercussões favoráveis e confortantes, durante a prestação de cuidados (SOARES, 2010). Entretanto, esse mesmo domicílio, pode ser também ser o ambiente mais propício ao surgimento de sobrecarga do próprio cuidado e estresse das relações.

O ato de cuidar de idosos dependentes tende a ocasionar estresse e sobrecarga, causando transtornos para o cuidador, para o idoso que se cuida e seus familiares. (SIMONETTI, FERREIRA 2008).

A gente fica num estresse, num emocional, abalo emocional, sofro muito! Eles deveriam saber que quem toma conta de idoso, sofre muito, é muito difícil... ainda mais sendo idoso! Esse cuidado gera muita sobrecarga! A justiça deveria conversar com o Geriatria, ou psicólogo... o cuidado é extremamente desgastante, muito! (C2 – 69 anos – sobrecarga severa).

Eu consigo fazer minhas coisas, trabalhar, as coisas que tenho que fazer...para deixar tudo pronto. Depois vou para meus artesanatos..., mas eu faço feira, coisas de condomínio...no Shopping (C4 – 72 anos – sobrecarga moderada).

Foi perceptível observar, pelo diário de campo, que os idosos cuidadores entrevistados tinham uma “dupla ou tripla” função relacionado ao cuidado. Não somente em cuidados diretos (higiene, alimentação, medicação etc.), mas também, com toda a dinâmica deste, como limpeza e reforma da casa, compra da alimentação, pagamento de contas, marcação de exames, compra de remédios, além da obtenção extra de renda.

Nesse sentido, situações de sobrecarga podem surgir quando normalmente lhe falta apoio, informação, acrescido dos esforços físicos que é submetido, podendo assim agravar sua saúde decorrentes de patologias existentes (BRAZ; CIOSEK, 2009; PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012). Nos discursos percebeu-se que a falta de apoio no manejo do cuidado, aumentando o estresse e sobrecarga, possibilitando também agravos a quem se cuida, como citam C2; C7; C3:

Ela é pesada. Carregar ela, às vezes ela cai! Ela abre a cama, ela é esperta e tenta descer... E eu acho que ela tenta até me ajudar também, porque ela

trabalhou com a Enfermagem, ela era técnica. Mas sempre que tenta me ajudar ela cai. Aí peço para que ela não me ajude, porque se ela cair aí já será outro problema (C2 – 69 anos – sobrecarga severa).

Porque eu não aguento carregar, porque ela é muito pesada. Quando geralmente alguém vem ajudar, um casal, mas eu sou sozinha, não aguento (C4 – 77 anos – sobrecarga moderada).

Quando tem alguém para me ajudar em cozinhar eu quero. Ela é grande, pesada. [...]. Eu só faço coisa para ela, o que ela quer comer, tudo para ela! Eu faço tudo! Se ela quer comer uma sopa eu vou lá e compro tudo para ela e faço (C7 – 80 anos – sobrecarga moderada).

A gestão no cuidado domiciliar, a fim de criar uma logística que possibilite um cuidado que seja satisfatório para os cuidadores, mostrou-se nos discursos, como geradora de estresse e sobrecarga, como enfatizam C1, C2, C3. Pois o cuidado em si, não configura somente a parte de manejo com a higiene, alimentação e medicação a quem se cuida, mas sim a toda estrutura que permite que essa tarefa se torne possível.

Fico ajeitando, tudo para ela. Então, preparo tudo, casa, comida, roupa, tudo. “[...] fazer outras coisas na casa, para ela, [...] lavar banheiro, [...] varrer. Aí quando ela ia para cama, eu ia para o banheiro, eu faço tudo! Eu cuido praticamente de tudo (C1 – 78 anos – sobrecarga severa).

O cuidado ao idoso dependente requer do cuidador organização e gerência no que se refere às tarefas domésticas e sociais, presumindo que alguém que assuma essa função, cumpra esse papel (CARVALHO; ESCOBAR, 2014). Esse estudo demonstra o quanto o cuidado, para acontecer de forma efetiva, requer ter uma administração eficiente. Pois toda a logística vinculada ao processo, demanda muito tempo e dedicação, logo, organizar o ambiente (limpeza, compras etc.), é papel normalmente exercido também pelo cuidador, levando a elevados níveis de estresse e sobrecarga.

Um ponto importante emergido nos discursos dos cuidadores idosos pesquisados foi a sua restrição ao ambiente domiciliar e as repercussões que isso trazem ao aumento da sobrecarga. Estudos como o de Pedreira e Oliveira (2012), trazem que essa restrição domiciliar, configura como outro fator gerador de sobrecarga para o cuidador. Infelizmente muitas vezes para esses cuidadores, a restrição domiciliar não é uma opção, mas sim uma necessidade constante atribuída a carência de ajuda na prática do cuidado que presta.

A restrição ao ambiente que presta cuidado foi percebida nos idosos entrevistados conforme as falas de C2, C10.

Mas tenho que ficar em casa [...]. Tenho que trocar a fralda e tal, porque o xixi que ela faça, ela quer tirar tudo. E aí eu fico aqui quase não durmo. Aí começa no outro dia a mesma rotina. [...]. Eu não tenho domingo e nada! A menina que fica

aqui, tem folga no feriado, final de semana... aí chega com outra cabeça, e eu não. Já estou há anos, e faço tudo! (C2 – 69 anos – sobrecarga severa).

Cuidar de tudo para ele... dos filhos dos netos... a carga é muito pesada. Para mim é! [...]. Aí ... você sabe né? Ficar em casa trabalha muito... minha filha agora ta trabalhando o dia todo, aí fica difícil. [...] e quando termina a novela, eu vou dormir... já estou acabada (C10 – 75 anos – sobrecarga severa).

Outro dado importante sobre a sobrecarga relacionado ao cuidado ao outro, é sobre a idade, conforme Matos e Decesaro (2012) em seus estudos, quando apontam que, quando um cuidador possui a mesma idade de quem se presta os cuidados, cerca de 30% desses desencadeia algum tipo de doença após atividades do cuidar, e outros 40% dizem não possuir mais sua saúde física e psicológica e emocional como antes. Nos discursos dos entrevistados é perceptível ver as inúmeras relacionadas a sua idade, conforme C2 e C4:

Mas esse ano não vou conseguir fazer muita coisa não...não tem como! Eu agora já não estou mais aguentando fazer nada! É a idade! (C4 – 72 anos – sobrecarga moderada).

Segundo Fratezi e Gutierrez (2011), o idoso cuidador tende a ter uma sobrecarga física e mental muito maior, quando comparado com outros indivíduos de faixas etárias diferentes. Isso ocorre devido principalmente as repercussões próprias do envelhecimento.

4.4.2 Esquecimento do cuidado de si

Esquecimento do cuidado de si compreende os itens mencionados nos discursos que levaram ao entendimento da ausência de autocuidado e/ou anulação de si mesmo, quando vinculado à preocupação constante no cuidado ao outro.

As falas dos idosos cuidadores a seguir discorrem melhor sobre essas implicações, dando uma visão mais concreta sobre os termos.

Meio dia, ele vai almoçar uma hora, aí só depois lembro de mim, aí que eu almoço. Aí de noite ele vai jantar lá para as oito horas, ... toma um suco, ele come pouco, sempre a mesma coisa, depois que faço minhas coisas, sempre esqueço de mim (C9– 73 anos – sobrecarga moderada).

Só depois que faço tudo, lembro, aí eu vou tomar um banho. [...]. Depois dele tomado banho, dou uma merenda, e boto ele na cama. Geralmente depois que ele toma café ele fica sozinho, tomando um solzinho. Nesse intervalo eu tomo banho. [...]. Eu andava todos os dias de manhã uma hora de relógio, e ia para o parque da cidade, onde tinha atividade para idosos, eu participava, mas... (C3– 63 anos – sobrecarga moderada).

Quando o cuidador é idoso, o esquecimento do cuidado a si pode ser um agravante, no que tange a sua saúde e a qualidade de vida, pois entendemos que as demandas próprias do envelhecimento geram uma vulnerabilidade maior para essas pessoas, que podem estar sob vários riscos como: agudização de problemas crônicos por não usar o medicamento ou não

seguir a dieta orientada; risco de quedas pela correria que muitas vezes ficou claro nos discursos, para a prestação do cuidado; risco de dores lombares e em outras regiões do corpo pelo peso para carregar a pessoa cuidada para o banho, etc.

Normalmente, a qualidade de vida de cuidadores de idosos é prejudicada, sendo muito propensos a doenças de ordem biopsicossocial e problemas de ordem financeira, além de sobrecarga e estresse (HARDING et al., 2012; HUDSON et al., 2013; PROBST et al., 2012).

Meu cansaço é físico, mental, e... as vezes eu tenho vontade, um pouco, de distrair um pouco, de cantar, caminhar..., mas tem como?! Não tem como! Não tem como deixar ela. [...] A gente sente, que é desgastante. Aquela rotina, manhã, tarde e noite [...] aí ela dorme mais de dia do que a noite, aí eu tenho que ficar acordada porque a última medicação dela é meia noite e eu estou pregada cansada, (C2 – 69 anos – sobrecarga severa).

Mamãe nunca precisou de fralda. Não tolera fralda! Levo ela no banheiro sempre. A noite acorda quatro cinco vezes para ir ao banheiro. Agora, ela vai muito no banheiro, cansa demais, porque é a noite. Toda hora acorda. Cansa. (C5 – 68 anos – sobrecarga moderada).

Assim, Küchemann, (2012) nos diz que o cuidado no domicílio necessita ser repensado e estruturado, visando abarcar todas as demandas dos cuidadores e de quem se cuida.

Ainda sobre o esquecimento de si, as falas de C4, C3 e C5 configuram bem a realidade do cuidado sobre solidão. A solidão foi muito percebida nos discursos coletados. E essa solidão tende a fazer com que o cuidador demande mais tempo para o cuidado do outro e menos tempo de cuidado para si, favorecendo ao acúmulo de tarefas, conseqüentemente a sobrecarga do cuidar. O ato de cuidar de idosos, não deve pesar na responsabilidade de apenas um cuidador (KÜCHEMANN, 2012).

Mas eu sou sozinha, não tem ninguém comigo.... Aí não aguento. (C4 – 72 anos – sobrecarga moderada).

Mas fica eu e ele sozinhos aqui em casa. Eu sempre coloco ele na cadeira, sozinha. Agora, se chegar uma visita, como agora, eu peço ajuda – Ei, me dá uma ajudinha aqui? Aí boto ele na cadeira (C3 – 63 anos – sobrecarga moderada).

Cuidar dela sozinha como faço, eu não posso. Porque, força muito o meu braço – devido ao câncer de mama. O peso dela eu não posso pegar sozinha. Eu não tenho a proteção, o linfonodo, sabe? Aí o médico proibiu de pegar o peso. Mas [...] um dia que ela mesmo caiu [...] e machucou eu não agüentei! Vi tanto sangue na testa, fiquei louca, nem pensei em nada, peguei ela no susto e comecei a gritar os vizinhos [...] depois lembrei do meu problema (C5 – 68 anos – sobrecarga moderada).

4.5 COPING DE IDOSOS CUIDADORES FRENTE A SOBRECARGA DO CUIDADO

Esta categoria surgiu das falas captadas dos idosos cuidadores, mediante a seguinte questão norteadora: “*O que o Sr (a) faz para enfrentar essa rotina?*” (APÊNDICE D).

Assim, permitiu a compreensão das estratégias de *coping* no cotidiano dessas pessoas, permeado pelas subcategorias: ação direta e resiliência, surgindo 16 vezes nas falas; Religiosidade e espiritualidade 18 vezes; Lazer e recreação (distração) como a estratégia mais utilizada, aparecendo 28 vezes nos discursos.

A ação direta e resiliência, refere-se a um determinado tipo de comportamento, que vise a eliminação e/ou adaptação frente ao agente estressor, para busca do equilíbrio. Tendo como exemplos:

Tem coisas que faço para não ficar estressada (C8 – 77anos – sobrecarga moderada).

Procuro fazer alguma coisa (C4 – 72 anos – sobrecarga moderada).

Já a religiosidade, espiritualidade e apoio social, outra categoria apresenta-se como a busca do indivíduo a pessoa(s) e/ou entidade(s) de auxílio para lidar com a situação que não resolveria sozinha. Citando como exemplos:

Fico uma horinha na casa da vizinha (C9 – 73anos – sobrecarga moderada).

Aí vou ler a Bíblia (C6 – 75anos – sobrecarga moderada).

Por fim o lazer e recreação (distração). Aqui estão apresentados como os comportamentos que mudam o foco do agente estressor, redirecionando-o a uma atividade distinta (Jogar, ler, assistir TV, música, pintura, artesanato etc.).

Jogar fumaça fora... levar o cigarro a boca... isso é os minutos que tenho de descontração (C2 – 69anos – sobrecarga severa).

Eu assisto televisão! Faço isso para esquecer (C9 – 73anos – sobrecarga moderada).

4.5.1 Ação direta e resiliência

As estratégias de enfrentamento são mecanismos de busca de estabilização ou eliminação de um estressor. Nos discursos dos idosos cuidadores, uma estratégia utilizada por eles foi do tipo ação direta e resiliência.

Nas falas dos pesquisados, ficou evidente que tomar a iniciativa para resolução de um problema requer, primeiramente, reconhecer a existência dele, conforme as falas abaixo:

Quando estou chateado... eu saio. Vou sentir os ares (C7 – 80 anos – sobrecarga moderada).

Às vezes eu saio. Peço para a vizinha ficar com ela um pouco, aí vou dar uma volta... vou na padaria, senão não aguento, fico doido! Ela me chama para tudo! Toda hora, o tempo todo... e às vezes agrade (C1 – 78 anos – sobrecarga severa).

Para enfrentar a rotina? Esvazio dela só quando saio de tudo isso, saio um pouco... eu tenho umas coisas muito... tipo, eu gosto de decoração! (C4 – 72 anos – sobrecarga moderada).

Os idosos cuidadores reconhecem que o ofício de cuidar de outro idoso gera desgaste e sobrecarga, logo a sobrecarga se configura como o problema foco gerado por esse cuidado. É sabido que a sobrecarga é muito comum na vida dos cuidadores, devido ao acúmulo de funções. Vieira et al., (2012) apontam que cuidadores de idosos reconhecem que as limitações das pessoas idosas a quem elas prestam cuidado, são maiores que as suas. Mafra (2011), diz que quando cuidadores acumulam muitas funções (cônjuge, pais, profissão, etc.) eles tendem a desenvolver suas atividades além de suas capacidades físicas e mentais.

Assim, acionar recursos de ação contra um agente estressor (problema) e ativar mecanismos de estabilização (resiliência) torna-se necessário, praticamente imprescindível.

Procuo fazer alguma coisa que me motiva, que me leve para frente que não me deixe arriar entendeu? (C4 – 72anos – sobrecarga moderada).

Tem coisa que eu faço para não ficar cansada, eu tomo um banho que refresca a cabeça... eu não sei entender... o que fazer às vezes (C8 – 77anos – sobrecarga moderada).

Cuidar do condomínio! Terapia. Eu não peguei como trabalho, mas como meio de desestressar, Entendeu? (C1 – 78 anos – sobrecarga severa).

Quando eu quero desanuviar a cabeça, eu paro. Eu faço (gestos com mãos, como bordando, passando folhas de um livro). Vou bordar.vou examinar a escritura (Bíblia) que é muito bom para minha mente, que é meu “disfarce” para minha mente, isso no dia a dia. (C6 – 75 anos – sobrecarga moderada).

Resiliência em sua origem etimológica se definia somente por resiliência de materiais, onde o emprego da palavra só ocorreria no âmbito da Física e da Engenharia. Assim, resiliência se definia, como a capacidade de um material absorver energia sem sofrer deformação, de forma plástica ou permanente (PINHEIRO, 2004; POLETO; KOLLER, 2008; YUNES, 2003). Entretanto, na atualidade, o conceito de resiliência tem se direcionado para outros campos, principalmente para a área humana.

Ribeiro (2014) diz que resiliência se define como a capacidade do indivíduo de responder aos desafios e dificuldades de forma consistente. Através dela o indivíduo reage, flexibiliza e recupera-se diante de circunstâncias desfavoráveis, de forma otimista e positiva, mantendo o equilíbrio durante as dificuldades. Os idosos cuidadores participantes, após o reconhecimento da situação que lhes gera sobrecarga, reagem a ela e tomam um passo importante para a busca de uma adaptação ou solução da mesma, aplicando estratégias de enfrentamento.

Coping e resiliência trabalham juntos no que diz respeito que uma configura como a ação de ir em encontro ao problema buscando a estabilização, enfrentamento e a outra, de nesse problema enfrentado recorrer ao processo de estabilização, para que o indivíduo responda aos desafios colocados de forma mais sólida possível.

Laranjeiras (2007) coloca que o núcleo central da resiliência é o fato de trabalhar os potenciais e modos dos sujeitos em face da ameaça/problema. Essas potencialidades nem sempre se configura como algo externo de fácil detecção, podendo utilizar muitas outras formas, como introspecção e autosacrifício como apontado nos discursos C4, C7:

Eu só não quero deixar eu ficar triste. Eu tenho a mania de falar sozinha... (risos) eu mesmo falando comigo: não, não, não larga de tristeza! Tenho horror a depressão! (C4 – 72anos – sobrecarga moderada).

Ela é meu tudo! Amo demais. [choro]. Não importa o cansaço o sacrifício.... O que eu sinto é profundo, profundo mesmo... nem penso em deixar ela, eu cuido dela! Se pudesse carregar ela, eu estaria com ela nas costas o tempo todo, o dia todo. Se um dia pensar em perder ela. Pode carregar e levar os dois! Os dois! Nem penso em deixar ela... não posso levar (C7 – 80anos – sobrecarga moderada).

Na velhice, há uma perda cognitiva recorrente do processo natural do envelhecimento, com isso, as novas situações surgidas precisam ser aprendidas visando desenvolver estratégias que serão utilizadas frente aos eventos que se apresentam. Visto que os cuidadores também são idosos, há para eles, a necessidade de aplicar mecanismos de estabilização para enfrentar a rotina de seu cuidado, como pensamentos positivos que são muito utilizados como forma de resiliência. Para conduzir seu cotidiano realizando atividades de cuidado a uma pessoa dependente, é interessante que os cuidadores assumam atitudes positivas e resilientes que os façam suportar a sobrecarga (GARCES et al., 2012).

Nesse sentido, ao utilizar de estratégias de enfrentamento, como medidas de bem-estar psicológico, maior sua capacidade de resolver o problema e a sua percepção de auto eficácia, e menor serão os conflitos com a pessoa idosa assistida (PINTO; BARHAM, 2014).

Um outro tipo de *coping* utilizado pelos cuidadores, visando a eliminação e/ou adaptação frente ao agente estressor, foi a aceitação. Esta consiste na estratégia de submissão, de suportar ou tolerar uma determinada coisa ou situação (SIMONETTI; FERREIRA, 2008). Como dizem C2 e C3.

Eu? Eu espero nada não. (C3 – 63anos – sobrecarga moderada).

Mas fui deixando... parei [...]. Eu cantava. Acabou a alegria. A emoção é muito importante. Eu trabalhava com turismo também, eu era guia de turismo. Não podia trabalhar mais também, porque você tem que estar alegre sempre, aí não

podia. Assim, porque estava triste, desanimada. Não sorria mais pelo problema né? Cansaço. (C2 – 69anos – sobrecarga severa).

A inação foi outra estratégia percebida no discurso de alguns idosos. Esse tipo de estratégia se constitui em uma completa inércia frente ao agente estressor, incluindo aqui, não dizer nada, não fazer nada, ficar parado, ser inerte (SIMONETTI; FERREIRA, 2008).

Às vezes agride. Ela fica agressiva... me xinga todo..., mas nem ligo! (C1 – 78 anos – sobrecarga severa).

Se estabilizar frente a um agente estressor negativo, vindo de um ente próximo não consiste em uma tarefa fácil. É importante perceber que, embora os cuidadores usem algumas habilidades, como estratégias contra o estresse, ainda há uma necessidade que vá além da estratégia o de adaptar essas estratégias para um uso (PINTO; BARHAM, 2014).

Vou sempre a Madre de Deus...quando estou estressada, descanso lá. Tenho uma casa com tudo lá... móveis e tudo. (Televisão, geladeira, fogão, sofá). Muito bom lá, sossego total, sobrecarreguei, estressei? Vou para lá! Sossego total, praia... lá não tem carro não. É uma paz de espírito! [...] isso ajuda... lembrei. É muito bom, o mar na porta de casa, muito bom. Muito bom mesmo lá. Quando volto de lá, volto aliviada, mais sossegada um pouco [...]. Quando vou lá eu me sinto aliviada (C10 – 77anos – sobrecarga severa).

A busca de uma estratégia de enfrentamento consiste em fazer algo que melhore sua qualidade de vida, independente de como essa estratégia se apresenta. Dessa forma, é importante que a equipe de saúde compreenda o cotidiano de cuidado dessas pessoas e os fatores que interferem neste, a fim de zelar e pensar junto com eles em estratégias que possam melhorar sua qualidade de vida. Isso ajuda e fortalece ações em saúde, que possam contribuir para a diminuição da sobrecarga (GIEHL et al., 2015).

4.5.2 Religiosidade, espiritualidade e apoio social

O suporte religioso enquanto estratégia de enfrentamento, quando constituído por discursos como: “peço a Deus”, que “Ele me ajude”, “Que Deus me ajude”, configura-se em um apoio do tipo religioso. Este tipo de estratégia de enfrentamento foi percebido nos discursos da maioria dos participantes, quando relataram utilizar esse tipo de estratégia, de forma constante. Pinto e Barham (2014) observaram que todos os cuidadores pesquisados usavam esse tipo de estratégia para com as intempéries do cuidado do tipo, denominando-a de *coping* religioso. Nas falas de C1, C3 e C6 isso foi facilmente percebido, onde o “a religiosidade e religião” cumprem um papel ativo para o alívio da sobrecarga gerada pelo cuidado.

Eu entrego tudo a Deus! Só Ele resolve tudo, só ele tira o cansaço, essa coisa, o estresse. [...] Aí vai levando até quando Deus quiser (C1 – 78anos – sobrecarga severa).

Porque logo no princípio, tenho a fé, independentemente disso eu acho que para Deus nada é impossível! [...]. É isso meu filho... faço isso, andar...conversar...ler a Bíblia, tomar aula de Bíblia, essas coisas (C3 – 63anos – sobrecarga moderada).

Aí vou ler a Bíblia.,. meditar, me acalmar (C6 – 75anos – sobrecarga moderada).

A religião, a fé, contribui como fator de equilíbrio pessoal para os humanos. Ao idoso cuidador, esse tipo de *coping* visa favorecer mecanismos efetivos para lidar com a sobrecarga, como a paz gerada, a interação social, reflexão e busca de equilíbrio interior. Assim, a religião desempenha um papel fundamental no meio social, e a religiosidade vem como promotora do bem-estar dessas pessoas, através do conforto espiritual que traz (CARDOSO; FERREIRA, 2009).

Na modernidade, a espiritualidade assume o papel de um importante mantenedor do equilíbrio social (ABDALA et al., 2015). Assim, quando um indivíduo recorre à utilização dela como estratégia de enfrentamento, tenderá a configurar como algo positivo para a sua vida.

A atuação da religião, tanto na cognição como na afetividade do indivíduo idoso, é positiva por oferecer apoio de ordem emocional e social. O ato de ir a um culto, missa, ou a igreja constitui, para esses idosos cuidadores, como uma busca de melhoria da sua qualidade de vida. Duarte, Lebrão e Laurenti (2008) dizem que frequentar uma igreja, por si só, proporciona um bem para a saúde dos idosos, sobretudo no que se refere à melhora de quadros depressivos.

Eu sei que vou a Igreja, vou ali no vizinho em M... Visitar um doente, que tem ali também, ajudar é de Deus...fazer o bem (C8 – 77 anos – sobrecarga moderada).*

Vou na Igreja também,.buscar a paz, resistir, fortalecer (C9 – 73 anos – sobrecarga moderada).

Assisto a missa aqui em casa mesmo. Assisto a missa de Pe. Marcelo na televisão no domingo (C10 – 75 anos – sobrecarga severa).

O cuidador que pratica a religiosidade ou possui uma religião, crê que há poder e força positiva, que os ajuda no enfrentamento da vida (SEIMA; LENARDT; CALDAS, 2014). A religião assim oferece para o idoso apoio emocional significativo, como também força para enfrentar os problemas, visando o bem-estar e a felicidade (MORAES; WITER, 2007). Assim, percebeu-se a sua utilização pelos idosos participantes, como esse apoio emocional.

Nesse estudo, oito cuidadoras foram do sexo feminino, e as mulheres foram as que mais destacaram o *coping* pela religião. Sobre isso, Chaves et al., (2014) relatam que as mulheres tendem a ser mais adeptas a práticas religiosas que os homens, acreditando que seja devido aos papéis sociais atribuídas a elas no cuidado com a casa, filhos e esposo.

A espiritualidade revela-se como um indicador de resiliência, pois atribui novos significados a eventos negativos, ajudando a superá-los (FARINASSO; LABATE, 2012).

Percebido aqui nas falas de C7 e C1, a importância da prática religiosa em seus cotidianos.

Então, eu leio a Bíblia, escuto música evangélica e saio em busca da paz. [...] Deus tem cuidado da gente minha filha, falo para ela sempre! (C7 – 80 anos – sobrecarga moderada).

Aí vai levando até quando Deus quiser (falando do estresse) Quando vem o dia, a rotina, bate o estresse, a primeira coisa que faço é “Levanto, faço tudo isso, mas a primeira coisa que penso é em Deus” Só Ele pode me entender... [emoção] (C1 – 78 anos – sobrecarga severa).

A espiritualidade para o idoso vem em resposta ao apoio que recebe da família, onde filhos, netos e companheiros são os responsáveis por dar sentido à sua vida sendo a principal fonte de força para lidar com problemas. Assim, a família é o primeiro referencial de socialização do idoso e, quando há ausência ou rompimento dessa inserção, este sente-se ignorado, desvalorizado e excluído (ROCHA; CIOSAK, 2014).

Eu vou na casa de alguém, e vou tentar conseguir fazer alguma coisa na casa de alguém, ou no carro... para tirar o foco (C4 – 72 anos – sobrecarga moderada)

Fico uma horinha na casa da vizinha (C9 – 73 anos – sobrecarga moderada)

Aqui, sempre vou a algum lugar aqui perto (padaria, mercadinho) ou na casa de amigos... vou conversar com eles... é um casal de amigos meus... vizinhos, tem pouco tempo que mudaram para aqui, casal bom, gente boa (C1 – 78 anos – sobrecarga severa)

É importante ressaltar que ter um apoio na sua rotina de cuidado favorece muito a sua qualidade de vida no que tange a diminuição da sobrecarga. Como afirmam Rocha e Ciosak (2014) o sentimento de pertencimento para indivíduos inseridos no seio familiar é importante para a manutenção de uma boa saúde psicológica e, conseqüentemente, uma boa qualidade de vida.

O cuidado de um idoso dependente gera sobrecarga naquele que se dispôs a assumir a responsabilidade pelos cuidados, elevando o nível de desgaste emocional, alterando todo o seu envolvimento afetivo. Neste aspecto, ao cuidador requer a necessidade de manter uma rede de apoio para minimizar suas angústias, problemas e situações frente à situação que vive. A rede de apoio se apresenta como uma efetiva estratégia de enfrentamento, pois favorece a religação de laços que, por diversos motivos, se perderam com o tempo.

Além do mais tem o pessoal que trabalha aqui no condomínio, me ajuda a descansar,. conversar com eles. Mas se tem alguém para bater papo assim é bom, se não tem, aí busco em Deus a força. Eu não sou muito de fazer amizade, reservado, tímido entendeu? (C1 – 78 anos – sobrecarga severa).

Aí eu fico batendo um papo com um pessoal, conversando um pouco, se tiver alguém, se não fica mais difícil (C3 – 63 anos – sobrecarga moderada).

O envelhecimento e as doenças próprias dessa idade acarretam perdas significativas aos idosos, como a autonomia e a diminuição da qualidade de vida. Assim, o suporte social do idoso é muito importante para facilitar sua adaptação neste processo de enfrentamento (ROCHA; CIOSEK, 2014). Infelizmente é importante citar que muitos idosos cuidadores que não possuem algum tipo de suporte social, acabam sofrendo com o distanciamento de familiares e até mesmo abandono pelos mesmos.

4.5.3 Lazer e recreação (distração)

O mecanismo Lazer e recreação foi o *coping* mais utilizado pelos idosos cuidadores entrevistados. Este tipo de estratégias é comumente utilizado pelas pessoas de um modo geral, por ser mais acessível e compreender parte do dia a dia dessas pessoas.

O lazer e a recreação como *coping se refere* àqueles comportamentos que alteram o foco da fonte estressora, na tentativa de aliviar a sobrecarga, redirecionando o foco para algo distinto como: jogar, ler, assistir TV, ouvir música, realizar pintura ou artesanato, cuidar de plantas entre outras atividades.

Schmidt, Dell’Aglío e Bosa (2007) pontuam que nesse tipo de estratégia, busca-se retirar do foco determinada coisa, mudando este para outra, buscando nesta tentativa, utilizar outros recursos para sanar o incomodo.

Eu faço mais é limpar a casa, arrumar, mexer nas plantas! Eu gosto muito! Eu gosto muito de plantas, me alivia do estresse, molho, mexo, já me dá certo conforto (C2 – 69anos – sobrecarga severa).

Artesanato! Não falta de jeito nenhum! O artesanato me ajuda muito a aliviar o estresse, porque é bom (C4 – 72anos – sobrecarga moderada).

Eu faço é bordar até a noite! (C6 – 75anos – sobrecarga moderada).

Ler, assistir TV, Rede vida. Eu gosto. Ler revistas, gosto também. Leitura de revista, gosto muito de ler Galileu, época, tem muita reportagem boa (C1 – 78anos- sobrecarga severa).

Faço minha cruzadinha (palavras cruzadas) e ela reclama que quando eu estava fazendo isso, que eu não estava cuidando dela (C5 – 68anos – sobrecarga moderada).

Um recurso alternativo, ligado a distração, muito utilizado pelos idosos cuidadores, foi a prática da atividade física ou do lazer ativo. É sabido que, a prática de atividade física favorece o melhoramento da qualidade de vida dos indivíduos em todos os aspectos do seu ser. Essa foi um *coping* muito utilizado, de acordo com os entrevistados, esse tipo de estratégia auxiliava na diminuição da carga física e mental, imposta pelo cuidado ao outro.

Faço exercício de bicicleta e caminhada. E quando saio, só me preocupo em só ir para lá. No campo grande, chego lá subo, desço, faço tudo a pé para

desestressar. Eu gosto. Quer ser perto, ou longe (C1 – 78anos – sobrecarga severa).

Para enfrentar essa rotina, eu vou para minha hidroginástica! Sempre vou para minha “hidro”. (C5 – 68anos – sobrecarga moderada).

Depois do cuidado, caminho, vou fazer caminhada. Relaxar (C9 – 73anos – sobrecarga moderada).

O envelhecimento é um processo fisiológico, gradual, irreversível, com perda funcional, que se caracteriza por diversas alterações no equilíbrio, na mobilidade corpórea e nos processos psicológicos, com maior vulnerabilidade à depressão (MACIEL, 2010). Entretanto, autores como Ferreira et al., (2010), Lambertucci et al., (2005) e Maciel (2010) trazem em seus estudos que a utilização da prática de atividade física previne essas alterações, como também ajuda na prevenção de DCNT, favorecendo uma melhor qualidade de vida no envelhecimento.

Mas eu gosto muito de andar, gosto muito! Muito mesmo! (C3 – 63anos – sobrecarga moderada).

Eu saio, um pouco. Volto, mas não demoro muito não... gosto muito de demorar não, mas eu ando (C8 – 77anos – sobrecarga moderada).

O uso regular da atividade física em idosos favorece na melhora da qualidade de vida desses indivíduos, prevenindo quedas e equilíbrio, prevenindo DCNT configurando como um fator positivo para essa idade (GOZZI, SATO E BERTOLIN, 2012). Além disso, pode oferecer maior segurança no que se refere ao cotidiano do cuidado.

Eiras et al., (2010) acrescentam que a utilização do exercício físico pelas pessoas na terceira idade, ajuda na prevenção do sobrepeso e obesidade, considerada um problema grave para população idosa pelo alto risco de desenvolvimento de outras patologias. É importante ressaltar que esta estratégia de enfrentamento traz um pensamento sobre a importância do envelhecimento ativo, como parte significativa na melhoria da qualidade de vida dessa parcela da população.

Reforçando o que foi dito sobre a importância da atividade física como *coping* na sobrecarga do cuidado, Gozzi, Sato e Bertolin (2012) concluem que o exercício físico praticado pelos idosos, favorece um melhor controle postural e atua como preventivos de quedas. Isso é importante ressaltar, pois, no ato de cuidar de outro idoso, já sendo idoso, pode levar a risco de queda, devido à própria idade e da diminuição da força física. Dessa forma, o fato do idoso cuidador utilizar muito da força para a rotina de seu cuidado, a prática do exercício pode se configurar em estratégia não só de alívio mental, mas também de melhoria da saúde desse cuidador e de segurança em seu processo de cuidar de outro.

Guimarães, Duarte e Dias (2011) ressaltam a importância do exercício físico, na diminuição dos riscos de doenças e agir na terapêutica para àquelas já adquiridas anteriormente.

A utilização da atividade física como uma distração no manejo da sobrecarga, é uma estratégia significativa para o idoso, pois pode fazer eles se sentirem melhor, mais aceitos e valorizar a si mesmo. As atividades físicas em idosos trazem a possibilidade da sensação de melhoria de sua vida, e dos demais a sua volta, tendo por objetivo também fazê-lo valorizar, sentir, e conhecer o seu próprio corpo (BUCH FILHO; BAGNARA 2011).

Outro tipo de entretenimento utilizado como *coping* foi ouvir música. A música é conhecida por sua linguagem universal, igualitária, e sua capacidade de transformação de vidas.

A música pode ser uma estratégia interessante e deve ser utilizada em vários âmbitos de melhoria de aspectos relacionados à saúde (LIMA-SILVA et al., 2012). Há evidência que esta consiste em uma importante ferramenta para ajudar as pessoas a serem mais ativas (HAMBURG; CLAIR, 2003; RUSCELLO et al., 2014).

Eu adoro música! Eu sou movida a música! [...]. Ah! A Música! Televisão? Só programa que tem música! (Risos) (C4 – 72anos – sobrecarga moderada).

Televisão eu uso..., mas uma vez ou outra. Se assisti eu assisti, se não assisti tudo bem. Agora música? “Vixi”, lá no quarto tem um radinho e uma radiola que ele gosta muito e eu também! (Risos) (C3 – 63anos – sobrecarga moderada).

Karageorghis e Priest (2012a) apontam que os efeitos da música na vida das pessoas, tendem a aumentar sensação de prazer durante a prática de atividades, gerando efeitos benéficos para saúde dos indivíduos, além de ser pensada como uma estratégia para o bem-estar, devido aos seus efeitos no humor, emoção e afeto (prazer ou desprazer), contribuindo nas sensações. Assim, a relação entre idosos e música, constitui de características iguais e presentes em concordâncias com outras faixas etárias (KARAGEORGHIS; PRIEST 2012b).

O entretenimento digital Televisor (TV), consistiu em outro recurso muito utilizado pelos idoso, *coping* frente a sobrecarga no cuidado, conforme falas de C6, C1, C5, C8, abaixo:

Mas a TV fica sempre ligada, aí fico assistindo. E bordando até a noite! (C6 – 75 anos – sobrecarga moderada).

Alguns Programas de Televisão, rede vida, outro programa que eu gosto (C1 – 78 anos – sobrecarga severa).

Sento para assistir minha novela, sento perto dela e assisto minha novela (C5 – 68 anos – sobrecarga moderada).

Televisão eu gosto, gosto muito, se for pecado eu gosto desse pecado! (C8 – 77 anos – sobrecarga moderada).

A utilização desse tipo de meio de entretenimento nem sempre é vinculado a uma escolha, mas, muitas vezes, pela falta de opção. Isso decorre devido a sua limitação ao ambiente doméstico, como também a sua idade e a solidão que o cotidiano de cuidado ao outro impõe, por não ter com quem deixar o ente para favorecer a utilização de outro mecanismo de entretenimento.

O estudo de Acosta-Orjuela (1999) demonstra que o seguimento populacional que mais assiste TV diariamente são os idosos. Este recurso “inocente” chama a atenção pesquisadores, cientistas sociais, gerontólogos, porque a intensidade de comunicação desses meios permite presumir o quão eles são importantes na vida desses indivíduos (ACOSTA; RODRIGUES; PASTORIO, 2012).

Eu assisto televisão! Faço isso para esquecer (C9 – 73anos – sobrecarga moderada).

Com a televisão acabo o estresse, a televisão a gente bota em um programa bom e vai acabando, uso mais a tarde, quando acabo de tudo, (cuidado dele e da casa – mostrando em gestos o idoso e a casa) assisto uma coisa [...]. Como te disse no começo, minha televisão, uso mesmo, faço mesmo! Tem minha palavra cruzadas, mas eu assisto mais televisão. Senão para tudo (C10 – 75anos – sobrecarga severa).

A TV é ainda considerada como o meio de comunicação mais acessível, sendo o preferido pela velocidade de informações e por manter os idosos atualizados ante a contemporaneidade no mundo. Além de ser uma alternativa de fácil acesso e relativamente barata de entretenimento, principalmente por meio das telenovelas (ACOSTA; RODRIGUES; PASTORIO, 2012). Assim, o uso da mídia digital TV, para os idosos da pesquisa se tornou um mecanismo de combate direto. Foi uma estratégia de enfrentamento contra a sua condição de sobrecarga, mesmo que uso desse recurso foi por opção ou pela falta dela.

Um achado interessante na pesquisa foi à utilização de uma estratégia considerada como nociva, o uso do cigarro, conforme as falas a seguir:

Eu fumava, mas, voltei a fumar chupando bala, aí fiquei com dois vícios (risos) me acalma, aí parei, porque um pedaço de papel me controlando? Parei! (C4 – 72 anos – sobrecarga moderada).

Para enfrentar a rotina, amenizar o estresse, a sobrecarga. Por incrível que pareça o cigarro. Eu tenho consciência que faz mal, que fumar. Ela (mãe) tinha ideia que a fumaça, eu também, faz mal. Essas coisas. Meu pai fumava, mas eu comecei a fumar e eu acho que o cigarro pode me fazer mal, mas ele me tira o estresse. No momento que eu sento e acho que é locomoção motora, jogar fumaça fora levar o cigarro a boca, isso é os minutos que tenho de descontração (C2 – 69 anos – sobrecarga severa).

No Brasil ocorrem mais de 200 mil mortes de pelo uso do cigarro (MIRRA, PEREIRA, STEWIEN, 2012). Estudos como o de Zaitune et al., (2012) sobre o tabagismo, diz que a grande maioria das pesquisas relacionadas ao uso do tabaco, se refere aos jovens e adultos, com pouca existência de estudos específicos para idosos. Khairalla (2010) afirma o Brasil é considerado um dos países que mais adotaram medidas para combater do tabaco, entretanto, ela ainda afirma que 15% da população adulta brasileira mantém o uso do cigarro.

É sabido que o tabagismo aparece concomitantemente com hábitos de vida não saudáveis (etilismo, sedentarismo, consumo de gorduras,) aumentando as probabilidades do surgimento de DCNT, e o seu uso, interfere diretamente no processo de envelhecimento, aumenta a morbimortalidade além de constituir um vício (GOULART et al., 2010; ZAITUNE et al., 2012). Assim, a utilização dessa estratégia tende a ser um problema agravante para os idosos cuidadores pesquisados, pelo fato que o uso do cigarro trazer mais malefícios do que benefícios para essa parte da população, não sendo, portanto, uma estratégia de *coping* favorável.

Assim, a estimulação para o abandono da utilização do tabaco e a utilização de outras formas de *coping* mais saudáveis, podem ser realizadas pela equipe de saúde quando no contato com essas pessoas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sobrecarga no cuidar é conhecida pelas suas repercussões negativas na vida daqueles que prestam cuidado, e o estresse, se apresenta como fator principal da causa dessa sobrecarga. Um grande desafio hoje é o de entender como cada indivíduo reagirá frente a esse agente estressor. Assim, com o desenvolvimento desta pesquisa, foi possível observar o quanto pode ser estressante para um idoso cuidador, cuidar de outro idoso, e desta observação, foi possível questionar quais seriam estratégias de *coping* que esses idosos utilizariam frente a sobrecarga do cuidado.

Esta pesquisa por ter sido realizada com uma população bem específica, a de idosos cuidadores que apresentassem sobrecarga no cuidado, apresentam dados que não poderão configurar como da totalidade da população idosa, entretanto, significativa para esses.

Nos achados emergentes dos discursos, os idosos cuidadores pesquisados demonstraram terem aumento de sobrecarga.

Visando o enfrentamento dessa sobrecarga sinalizada, foi possível perceber que as os *coping* mais utilizadas por esses idosos foram a do tipo, lazer e recreação (distração), seguida de religiosidade, espiritualidade e apoio social e por fim ação direta e resiliência, respectivamente em quantidades mais utilizadas.

A utilização de estratégias de enfrentamento (*coping*), para busca de uma adaptação frente à sobrecarga do cuidado é extremamente relevante, tornando imprescindível para a manutenção da qualidade de vida desses cuidadores. Pois quando se conhece as estratégias mais utilizadas, juntamente com o perfil desses cuidadores, torna-se possível fazer mecanismos de intervenção visando à melhoria do estado de cuidador.

Uma das limitações desse trabalho deu-se pela na carência de literatura específica para idosos cuidadores e sua vinculação com a sobrecarga no cuidado. Assim, há ainda a muito que se desenvolver na área da saúde para se melhoria da assistência a essa parte da população.

Este trabalho visa também, trazer uma importante reflexão para a Enfermagem no que se diz respeito à maneira correta de orientação para idosos cuidadores através da relação profissional, cuidador e o seu ambiente domiciliar. Visando a elaboração de programas específicos para idosos cuidadores, desejando a desmitificação do cuidar vinculado a renúncia, ausência de vida social e falta de autocuidado. Trazendo a Enfermagem como agente atuante na promoção da saúde desses indivíduos.

O presente estudo também visa fornecer um *feedback* ao programa acolhedor, para que o mesmo pense sobre a possibilidade de ampliação, orientação e cuidados para esses

indivíduos, como também uma resposta num futuro próximo, a utilização de ações práticas para esses idosos cuidadores, através de mecanismos de intervenção.

As estratégias de *coping* constitui um fenômeno muito utilizado, mas pouco conhecido para idosos cuidadores, e esta pesquisa também propõe também o conhecimento dessas estratégias e sua importância para o bem-estar biopsicossocial.

O grande desafio hoje consiste em ampliar horizontes. Para que ocorra a sensibilização de profissionais, pesquisadores e gestores a fim de identificar, pensar, e investir através de políticas públicas de gestão participativa na saúde do idoso, especificamente ao cuidador, visando uma melhor qualidade de vida para essa parte da população e conseqüentemente ter um retorno em qualidade de cuidados prestados.

REFERÊNCIAS

- ABDALA, G. A.; KIMURA, M.; DUARTE, Y. A. de O.; LEBRÃO, M. L.; SANTOS, B. dos. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde do idoso. **Rev Saúde Pública**, v. 49, p. 49-55, 2015.
- ACOSTA, M. A.; SILVA, R., FILOMENA, A.; PASTORIO, A. Análise do uso dos meios de comunicação por idosos de Santa Maria/RS. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**. v. 17, n. 1, p. 167-182, 2012.
- ACOSTA-ORJUELA, G. M. O uso da televisão como fonte de informação sobre a velhice: fatos e implicações. In: NERI, A. L.; DEBERT, G.G.; organizadores. **Velhice e sociedade**. Campinas: Papirus; 1999.
- ANJOS, K. F. dos; BOERY, R. N. S. de O.; PEREIRA, R.; SANTOS, V. C.; BOERY, E. N.; CASOTTI, C. A. Perfil de cuidadores familiares de idosos no domicílio. **Rev. pesqui. cuid. fundam.** (Online);v. 6, n. 2, p. 450-461, 2014.
- ANJOS, K. F. dos; BOERY, R. N. S. de O.; PEREIRA, R.; PEDREIRA, L. C.; VILELA, A. B. A.; SANTOS, V. C.; ROSA, D. de O. S. Associação entre apoio social e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 20, n. 5, p. 1321-1330, 2015.
- ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: Uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**. v. 3, n.2, p. 42-54, 1998.
- ARAÚJO I. M.; PAUL, C.; MARTINS, M. Cuidar das Famílias com um idoso dependente por AVC: Do hospital à Comunidade: um desafio. **Rev Referência (Coimbra)**. v. 2, n. 7, p. 43-53, 2008.
- ASHLEY, A.; BUTLER, S.S.; FISHWICK, N. Home care aides voices from the field: job experiences of personal support specialists. - **Home Health Nurse**. v. 28, n. 7, p. 399-405, 2010.
- BACKES, D. S.; BACKES, M. S.; ERDMANN, A. L. Promovendo a cidadania por meio do cuidado de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, v. 62, n. 3, p. 430-434, 2009.
- BALBINOTTI, M. A. A.; BARBOSA, M. L. L.; WIETHAEUPER, D.; TEODORO, M. L. M. Estrutura fatorial do Inventário Multifatorial de Coping para Adolescentes (IMCA-43). **PSICO**. v. 37, n. 2, p. 123-130, 2006.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1.ed. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2011.
- BARROS, A. J. S. **Fundamentos de metodologia científica**. 3.ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.
- BENJAMIN, A. E. An historical perspective on home care policy. **The Milbank Quartely**. v. 71, n. 1,p. 129-166, 1993.
- BERESFORD, B. A. Resources and strategies: how parents cope with the care of a disabled child. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**. v.35, n. 1, 171-209. 1994.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. 11.ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

BRAITHWAITE, V. Contextual or General Stress Outcomes. **The Gerontologist**. v. 40, n. 6, p. 706-717, 2000.

BRASIL. **Lei 10.424, de 15 de abril de 2002**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília – DF, 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110424.htm>. Acesso em 12 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Brasília - DF, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>>. Acesso em: 12 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.527, de 18 de novembro de 2011**. Brasília - DF, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3277_26_12_2013.html>. Acesso em: 12 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Melhor em casa: A segurança do hospital no conforto do seu lar**. Caderno de atenção domiciliar. v.1. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 963, de 27 de maio de 2013**. Brasília - DF. Diário Oficial da União, n. 101, Seção 1, p. 30-32, 2013.

BRAZ E.; CIOSAK, S. I. O tornar-se cuidadora na senescência. **Esc. Anna Nery**. v. 13, n. 2, p. 372-377, 2009.

BUCH FILHO, J. G.; BAGNARA, I. C. Metodologia da atividade física na terceira idade. **Revista Digital**. Ano 16, n.155, 2011.

BUREAU OF LABOR STATISTICS. **Employment projections: Fastest growing occupations in 2012**. Disponível em: <www.bls.gov/emp/ep_table_103.htm>. Acesso em 12 dez. 2015.

BUTLER, S. S. Older Women Doing Home Care: Exploitation or Ideal Job. **J Gerontol Soc Work**. v.56, n.4, p. 299-317, 2013.

CARDOSO, M. C. S.; FERREIRA, M. C. Envolvimento Religioso e Bem-Estar Subjetivo em Idosos. **Psicologia ciência e profissão**, v. 29 . n. 2, p. 380-93, 2009

CARVALHO, J. A; ESCOBAR, K. A. do A. GAC: Uma reflexão sobre as contribuições do grupo de apoio ao cuidador da associação dos aposentados e pensionistas de volta redonda - AAP-VR. **Revista Científica do ITPAC**. v.7, n.3, pub. 8, 2014

CHAVES, E. de C. L.; PAULINO, C. F.; SOUZA, V. H. S.; MESQUITA, A. C.; CARVALHO, F. S.; NOGUEIRA, D. A. Qualidade de vida, sintomas depressivos e

religiosidade em idosos: Um estudo transversal. **Texto Contexto Enfermagem**. v. 23, n. 3, p. 648-655, 2014.

DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Religiosidade e envelhecimento: uma análise do perfil de idosos do município de São Paulo. **Saúde Coletiva**. v. 5, n. 24, p. 173-177, 2008.

DUCA, G. F. D.; NADER, G. A.; SANTOS, I. S.; HALLAL, P. C. Hospitalização e fatores associados entre residentes de instituições de longa permanência para idosos. **Cad. Saúde Pública**. v. 26, n. 7, p. 1403-1410, 2010.

EIRAS, S. B.; SILVA, W. H. A. da; SOUZA, D. L. de.; VENDRUSCOLO, R. Fatores de adesão e manutenção da prática de atividade física por parte de idosos. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. v. 31, n. 2, p. 75-89, 2010.

FARINASSO, A. L. C.; LABATE, R. C. Luto, religiosidade e espiritualidade: um estudo clínico-qualitativo com viúvas idosas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 14, n. 3, p. 588-595, 2012.

FERNANDES, M. G. M; GARCIA, T. R. Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Revista Escola Enfermagem USP**. v. 43, n. 4, p. 818-24, 2009.

FERREIRA, A. B. H. **Aurélio século XXI**: o dicionário da Língua Portuguesa. 3.ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, O. G. L.; MACIEL, S. C.; SILVA, A. O.; SANTOS, W. S. dos.; MOREIRA, M. A. S. P. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 44, n. 4, p. 1065-1069, 2010.

FESF. Fundação Estatal Saúde da Família. **Internação Domiciliar**. 2014. Disponível em: <<http://www.fesfsus.ba.gov.br/programas-e-servicos/internacao-domiciliar/>>. Acesso em 12 jan. 2016.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substantivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Revista Panam Salud Publica**. v. 24, n. 3, p. 180-188, 2008.

FLORIANO, L. A.; AZEVEDO, R. C. S., REINERS, A. A. O., SUDRÉ, M. R. S. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**. v. 21, n. 3, p. 543-548, 2012.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S.; DUNKEL-SCHETTER, C.; DELONGIS, A.; GRUEN, R. J. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. **Journal of Personality and Social Psychology**. v. 50, n. 5, p. 992-1003, 1986.

FORTES, A. C. G.; NERI, A. L. Eventos de Vida e Envelhecimento Humano. In: NERI, A. L.; YASSUDA, M. S. **Velhice Bem-Sucedida**: aspectos afetivos e cognitivos. Campinas: Papyrus, 2004.

FRATEZI, F. R.; GUTIERREZ, B. A. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 16, n. 7, p. 3241-3248, 2011.

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

GAUTERIO, D. P.; SANTOS, S. S. C.; STRAPASSON, C. M. de S.; VIDAL, D. A. S.; PIEXAK, D. R. Uso de medicamentos por pessoas idosas na comunidade: proposta de ação de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 66, n. 5, p. 702-08, 2013.

GIACOMIN, K. C.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): the experience with home care provided by wives of dependent elderly. **Cad Saúde Pública** [online]. v. 21, n. 6, p. 1509-1518, 2008.

GIEHL, V. M.; ROHDE, J.; AREOSA, S. V. C.; BULLA, L. C. Quando Se Fala Em Doença De Alzheimer: O Papel Do Familiar Cuidador De Idosos. **Revista Jovens Pesquisadores**. v. 5, n. 3, p. 77-89, 2015.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo (SP): Atlas; 2008.

GONCALVES, L.T. H.; LEITE, M. T.; HILDEBRANDT, M. L.; BISOGNO, S. C.; BIASUZ, S.; FALCADE, B. L. Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. **Rev. bras. geriatr. Gerontol**. v. 16, n. 2, p. 315-25, 2013.

GOULART, D.; ENGROFF, P.; ELY, L. S.; SGNAOLIN, V.; SANTOS, E. F. dos.; TERRA, N. L.; DE CARLI, G. A. Tabagismo em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. v. 13, n. 2, p. 313-320, 2010.

GOZZI, S. D.; DE FARIA SATO, D. BERTOLIN, S. M. M. G. Atividade física nas academias da terceira idade na cidade de Maringá, Paraná: Impacto sobre a capacidade cognitiva. **Revista Científica JOPEF**. v. 13, n. 2, p. 12-20, 2012.

GRATAO, A. C. M.; TALMELLI, L. F. da S.; FIGUEIREDO, L. C.; ROSSET, I.; FREITAS, C. P.; RODRIGUES, R. A. P. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Revista Escola enfermagem USP**. v. 47, n. 1, p. 137-144, 2013.

GUIMARÃES, E. C.; DUARTE, N. M.; DIAS, V. B. Análise dos riscos coronarianos por meio da relação cintura-quadril e concordância com o índice de massa corporal em idosos. **Revista Digital**. ano 15, n. 153, 2011.

HAMARAT, E.; THOMPSON, D.; STEELE, D.; MATHENY, K.; SIMONS, C. Age Differences in Coping Resources and Satisfaction With Life Among Middle-Aged, Young-Old and Oldest-Old Adults. **Journal of Genetic-Psychology**. v. 163, n. 3, p. 360-367, 2002.

HAMBURG, J.; CLAIR, A. A. The effects of a movement with music program on measures of balance and gait speed in healthy older adults. **Journal of Music Therapy**. v. 40, n. 3, p. 212-226, 2003.

HARDING, R.; EPIPHANIOU, E.; HAMILTON, D.; BRIDGER, S.; ROBINSON, V.; GEORGE, R.; BEYNON, T.; HIGGINSON, I. J. What are the perceived needs and challenges of informal caregivers in home cancer palliative care? Qualitative data to construct a feasible psycho-educational intervention. **Support Care Cancer**. v. 20, n.9, p. 1975-82, 2012.

HUDSON P.; TRAUER, T.; KELLY, B.; O'CONNOR, M.; THOMAS, K.; SUMMERS, M.; ZORDAN, R.; WHITE, V. Reducing the psychological distress of family caregivers of home-based palliative care patients: short-term effects from a randomised controlled trial. **Psychooncology**. v. 22, n, 9, p. 1987-1993, 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios**. Comunicação social. 2002. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>>. Acesso em 20 nov. 2015.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse do Senso Demográfico de 2010**. Comunicação social, 2012. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=29&dados=1>>. Acesso em 20 nov. 2015.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais: uma Análise de Condições de Vida da População Brasileira**. Estudos e Pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, nº 32. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>>. Acesso em 25 out. de 2015.

JORGENSEN, D.; PARSONS, M.; REID, M. G.; WEIDENBOHM, K.; PARSON, J.; JACOBS, S. The providers' profile of the disability support workforce in New Zealand. **Health & Social Care in the Community**. v. 17, n. 4, p. 396-405, 2009.

KARAGEORGHIS, C I.; PRIEST, D. L. Music in the exercise domain: a review and synthesis (Part I). **International review of sport and exercise psychology**. v. 5, n. 1, p. 44-66, 2012a.

KARAGEORGHIS, C. I.; PRIEST, D-L. Music in the exercise domain: a review and synthesis (Part 2). **International Review of Sport and Exercise Psychology**. v. 5, n. 1, p. 67-84, 2012b.

KAYE, H. S, C. S.; NEWCOMER, R. J.; HARRINGTON, C. The personal care workforce: Trends in supply and demand. **Health Affairs**. v. 25, . 4, p. 1113-1120, 2006.

KHAIRALLA, T. K. **A Saúde como um Bem Meritório: a dicotomia da indústria do tabaco**. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Ciências Econômicas) - Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, 2010. 97p.

KRISTENSEN, C. H.; LEON, J. S.; D'INCAO, D. B.; DELL'AGLIO, D. D.; Análise da frequência e do impacto de eventos estressores em uma amostra de adolescentes. **Interação em Psicologia**. v. 8, n. 1, p. 54-55, 2004.

KROEFF, L. R. O Idoso e o Seu Processo Grupal, Institucional, num Programa para Idosos. **Estudos Interdisciplinares Sobre o Envelhecimento**. v. 3, p. 103-121, 2001.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Revista Sociedade e Estado**, v. 27, n. 1, p. 165-180, 2012.

LACERDA, M. R. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família – na perspectiva da área pública. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n. 5, p. 2621-2626, 2010.

LAMBERTUCCI, R. H.; PITHON-CURI, T. C. Alterações do sistema neuromuscular com o envelhecimento e a atividade física. **Saúde Rev.** v. 7, n. 17, p. 53-56, 2005.

LARANJEIRAS, C. A. S. J. Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: revisão de literatura. **Psic.: Teor e Pesq.** v. 23, n. 3, p. 327-32, 2007.

LAZARUS, R. S., FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer, 1984.
LEITE, M. T.; FLORES, J. S.; HILDEBRANDT, L. M.; PERLINI, N. M. G.; LINCK, C. de L. Idosos mais velhos no domicílio: a família como unidade de cuidado. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.** (Online). v. 4, n. 4, p. 2816-2831, 2012.

LENARDT, M. H.; CARNEIRO, N. H. K.; BETIOLLI, S. E.; RBEIRO, D. K. de M. N.; WACHHOLZ, P. A. Prevalência de pré-fragilidade para o componente velocidade da marcha em idosos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.21, n. 3, 08 telas, 2013.

LIMA-COSTA, M. F.; MATOS, D. L.; CAMARGOS, V. P.; MACINKO, J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 9, p. 3689-3696, 2011.

LIMA-SILVA, M. F. B.; FERREIRA, L. P.; OLIVEIRA, I. B. de.; SILVA, M. A. de A. e.; GHIRARDI, C. A. M. Distúrbio de voz em professores: autorreferência, avaliação perceptiva da voz e das pregas vocais. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol**, v. 17, n. 4, p. 391-397, 2012.

LIPP, M. E. N. **Mecanismos neuropsicológicos do stress: teoria e aplicações clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

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

MACIEL, M. G. Atividade física e funcionalidade do idoso. **Motriz**. v. 16, n. 4, p. 1024-1032, 2010.

MAFRA, S. C. T. A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v. 14, n. 2, p. 353-364, 2011.

MALHOTRA, C.; MALHOTRA, R.; ØSTBYE, T.; MATCHAR, D.; CHAN, A. Depressive symptoms among informal caregivers of older adults: insights from the Singapore Survey on Informal Caregiving. **International Psychogeriatrics**. v. 24, n. 8, p. 1335-1346, 2012.

- MANOEL, M. F.; TESTON, E. F.; WAIDMAN, M. A. P.; DECESARO, M. das N.; MARCON, S. da S. As relações familiares e o nível de sobrecarga do cuidador familiar. **Esc. Anna Nery**. v. 17, n. 2, p. 346-353, 2013.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2011.
- MAROLDI, M. A. C.; DAL PONTE, L. C. R.; FIGUEIREDO, R. M. de.; CALIARI, J. de S. Internação domiciliar: caracterização de usuários e cuidadores. **CuidArte, Enferm.** v. 6, n. 1, p. 24-29, 2012.
- MATOS, P. C. B.; DECESARO, M. N. Características de idosos acometidos pela doença de Alzheimer e seus familiares cuidadores principais. **Rev. Eletr. Enf.** v. 14, n. 4, p. 857-65, 2012.
- MATSUDA, S. J.; CLARK, M. J.; SCHOPP, L. H.; HAGGLUND, K. J.; MOKELKE, E. K. Barriers and satisfaction associated with personal assistance services: results of consumer and personal assistant focus groups. **OTJR: Occupation, Participation & Health**. v. 25, n. 2, p. 66-74, 2005.
- MEDEIROS, V. C. C.; PENICHE, A. C. G. A influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 40, n. 1, p. 86-92, 2006.
- MICHAELIS. **Moderno Dicionário da Língua Inglesa**. 2016. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/escolar/ingles/index.php?lingua=ingles-portugues&palavra=COPE>>. Acesso em 30 abr. 2016.
- MINAYO, M. C. S. Conceitos para operacionalização da pesquisa. In: MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12.ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.
- MIRRA, A. P.; PEREIRA, I. M. T. B.; STEWIEN, G. T. M. **Memórias do Tabagismo**. São Paulo: EDUSP, 2012.
- MORAES, N. A. S.; WITTER, G. P. Velhice: qualidade de vida intrínseca e extrínseca. **Boletim de psicologia**. v. LVII, n. 127, p. 215-38, 2007.
- MOREIRA, R. C. R.; LOPES, R. L. M.; SANTOS, N. A. Entrevista Fenomenológica: peculiaridades para La producción científica de Enfermería. **Index de Enfermería**. v. 22, n. 1-2, p. 107-10, 2013.
- MORRIS, L. Quits and job changes among home care workers in Maine: the role of wages, hours, and benefits. **Gerontologist**. v. 49, n. 5, p. 635-650, 2009.
- NARDI, E. de F. R.; SANTOS, L. M. R. dos.; OLIVEIRA, M. L. F. de.; SAWADA, N. O. Dificuldades dos cuidadores familiares no cuidar de um idoso dependente no domicílio. **Ciênc. cuid. Saúde**. v. 11, n. 1, p. 98-105, 2012.

NARDI, E. F. R.; SAWADA, N. O.; SANTOS, J. L. F. Associação entre a incapacidade funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador familiar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 5, p. 1096-2003, 2013.

OLIVEIRA, A. P. P.; CALDANA, R. H. L. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. **Saude Soc.** v. 21, n. 3, p. 675-85, 2012.

OLIVEIRA, D. C.; ELBOUX, M. J. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm.** v. 65, n. 5, p. 829-838, 2012.

OLIVEIRA, S. K.; LANDGRAF JUNIOR, F. J.; DELLAROZA, M. S. G.; YAMADA, K. N.; TRELHA, C. S.; CABRERA, M. A. S. Perfil dos cuidadores de idosos atendidos pelo projeto de assistência interdisciplinar a idosos em nível primário - PAINP - Londrina – PR. **Ciência, Cuidado e Saúde Maringá.** v. 5, n. 2, p. 184-192, 2006.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Assembleia mundial sobre envelhecimento:** resolução 39/125. Viena, 1982.

PEDREIRA, L. C; OLIVEIRA A. M. S. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. **Revista brasileira enfermagem**, v. 65, n. 5, p. 730-736, 2012.

PEREIRA, R. A.; SANTOS, E. B. dos.; FHON, J. R. S.; RODRIGUES, R. A. P. Burden on caregivers of elderly victims of cerebrovascular accident. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. v. 47, n. 1, p. 185-192, 2013.

PILGER C.; MENON, M. U.; MATHIAS, T. A. de F. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v. 47, n. 1, p. 213-220, 2013.

PINTO, F. N. F. R.; BARHAM, E. J. Habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de estresse : relação com indicadores de bem-estar psicológico em cuidadores de idosos de alta dependência. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v. 17, n. 3, p. 525–539, 2014.

POLETTI, M.; KOLLER, S. H. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. **Estudos de Psicologia.** v. 25, n. 3, p. 405-416, 2008.

PINHEIRO, D. P. N. A resiliência em discussão. **Psicologia em Estudo.** v. 9, n. 1, p. 67-75, 2004.

PROBST S.; ARBER, A.; TROJAN, A.; FAITHFULL, S. Caring for a loved one with a malignant fungating wound. **Support Care Cancer.** v. 20, n. 12, p. 3065-3070, 2012.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública.** v. 19, n. 3, p. 793-797, 2003.

REZENDE, T. C; COIMBRA, A. M; COSTALLAT, L.T; COIMBRA, I. B. Factors of high impacts on the life of caregivers of disabled elderly. **Arch Gerontol Geriatrics.** v. 51, n. 1: p. 76-80, 2010.

RIBEIRO, J. S. **A importância da resiliência no profissional da área de recursos humanos**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014. 34p.

ROCHA, A. C. A. L. da.; CIOSAK, S. I. Espiritualidade no manejo da doença crônica do idoso. *Rev Esc Enferm USP*. v. 48 (Esp2), p. 92-98, 2014.

RODRIGUES, S. L. A.; WATANABE, H. A. W.; DERNTL, A. M. A saúde de idosos que cuidam de idosos. *Rev Esc Enferm USP*. v. 40, n. 4, p. 493-500. 2006.

RONCON, J.; LIMA, S.; PEREIRA, M. da. G.; Qualidade de vida, morbidade psicológica e *stress* familiar em idosos residentes na comunidade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. v. 31, n. 1, p. 87-96, 2015.

RUSCELLO, B.; D'OTTAVIO, S.; PADUA, E.; TONELLI, C.; PANTANELLA, L. The influence of music on exercise in a group of sedentary elderly women: an important tool to help the elderly to stay active. *The Journal of sports medicine and physical fitness*, v. 54, n. 4, p. 536-544, 2014.

SALGUEIRO, J. B.; GOLDIM, J. R. **As múltiplas interfaces da bioética com a religião e a espiritualidade**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

SANTANA, J. S. S. Percurso metodológico. In: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. **Pesquisa: Métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: UEFS Editora, 2010.

SANTIAGO, R. F.; LUZ, M. H. B. A. Práticas de educação em saúde para cuidadores de idosos: um olhar da enfermagem na perspectiva freireana. *REME – Rev. Min. Enferm.* v. 16, n. 1, p. 136-142, 2012.

SANTOS, M. B.; RIBEIRO, S. A. Dados demográficos e condições de saúde de idosas inscritas no PSF de Maceió, AL. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia*, v. 14, n 4, p. 613-24, 2011.

SAVÓIA, M. G.; SANTANA, P. R.; MEJIAS, N. P. Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o Português. *Revista de Psicologia USP*. v. 7, p. 183-201, 1996.

SCAVUFCA, M. Versão brasileira da escala Burden Interview para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com doenças mentais. *Rev Bras Psiquiatr*. v. 24, n. 1, p. 12-17, 2002.

SCHMIDT, C.; DELL'AGLIO, D. D.; BOSA, C. A. Estratégias de coping de mães de portadores de autismo: lidando com dificuldades e com a emoção. *Psicologia: reflexão e crítica*. v. 20, n. 1, p. 124-131, 2007.

SEIMA, M. D.; LENARDT, M. H.; CALDAS, C. P. Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v. 67, n. 2, p. 233-40, 2014.

- SELYE, H. Forty years of stress research: principal remaining problems and misconceptions. **CMA Journal**. v. 115, p. 53-56, 1976.
- SILVA, M. C.; FASSA, A. G.; VALLE, N. C. Chronic low back pain in a Southern Brazilian adult population: prevalence and associated factors. **Cad Saúde Pública**. v. 20, n. 2, p. 377-385, 2004.
- SILVA, K. L.; SENA, R.; LEITE, J. C. A.; SEIXAS, C. S.; MARTINS, A. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Pública**. v. 39, n. 3, p. 391-7, 2005.
- SILVA, K. L.; SENA, R. R. de.; SEIXAS, C. T.; FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecno assistencial. **Rev. Saúde Pública**. v. 44, n. 1, p. 166-176, 2009.
- SILVA, D. C.; SANTOS, J. L. G.; GUERRA, S. T.; BARRIOS, S. G.; PROCHNOW, A G. O trabalho do Enfermeiro no serviço de internação domiciliar: visão dos familiares cuidadores. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. v. 9, n. 3, p. 471-478, 2010.
- SILVA, I. M. C.; ANDRADE, K. L. Avaliação da qualidade de vida de idosos atendidos em um ambulatório de Geriatria da região nordeste do Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**. v. 11, n. 2, p. 129-34, 2013.
- SIMONETTI, J. P.; FERREIRA, J. C. Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. **Revista da Escola de Enfermagem**. v. 42, n. 1, p. 19–25, 2008.
- SOARES, M. V. B. **Pacientes x Cuidadores**: os dois pólos da relação no cuidado domiciliar. Trabalho de Conclusão de Curso - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (SP). Universidade de São Paulo, 2010.
- SOARES, N.; POLTRONIERI, C. F.; COSTA, J. S. Repercussões do envelhecimento populacional para as políticas sociais. **Argumentum**. v. 6, n. 1, p. 133-152, 2014.
- SOUZA-FILHO, M.; BELO, R.; GOUVEIA, V. V. Testes Psicológicos: análise da produção científica brasileira no período 2000 - 2004. **Psicologia Ciência e Profissão**. v. 26, n. 3, p. 478-489, 2006.
- TOOTH, L.; MCKENNA, K.; BARNETT, A.; PRESCOTT, C.; MURPHY, S. Caregiver burden, time spent caring and health status in the first 12 months following stroke. **Brain Injury**. v. 19, n. 12, p. 963–974, 2005.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciência sociais**: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo. 1.ed. 16. reimpr. São Paulo, SP: Atlas, 2008.
- VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**. v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

VIEIRA, L.; NOBRE, J. R. da S.; BASTOS, C. C. B. C.; TAVARES, K. O. Cuidar de um familiar idoso dependente no domicílio: reflexões para os profissionais de saúde. **Rev. Bras . Geriatr. Gerontol.** v. 15, n. 2, p. 255-63, 2012.

YUNES M. A. M. Psicologia positiva e resiliência: O foco no indivíduo e na família. **Psicologia em Estudo.** v. 8 (spe), p. 75-84, 2003.

WESTER, A.; LARSSON, L.; OLOFSSON, L.; PENNBRANT, S.; Caregivers' experiences of caring for an elderly next of kin in Sweden. **Vård I Norden.** v. 33, n. 1, p. 28-32, 2013.

WILLIAMS, A. L.; WANG, P.; KITCHEN, P. Impacts of Caregiving and Sources of Support: A Comparison of End-of-Life and Non-End-of-Life Caregivers in Canada. **Health and Social Care in the Community.** v. 24, n. 2, p. 214-224, 2016.

WHO. World Health Organization. **Preventing chronic diseases: a vital investment.** Geneva: World Health Organization, 2005.

WHO. World Health Organization. **Number of people over 60 years set to double by 2050.** World Health Organization. 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/older-persons-day/en/>>. Acesso em: 20 dez. 2015

ZAITUNE, M. P. A.; BARROS, M. B. de A.; LIMA, M. G.; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M.; ALVES, M. C. G. P. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). **Cad. Saúde Pública.** v. 28, n. 3, p. 583-595, 2012.

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

APÊNDICES

APÊNDICE A – OFÍCIO PARA LIBERAÇÃO DE CAMPO

Ofício S/N

Salvador, ____ de _____ de 2015.

À coordenação,

Eu, Frank Evilácio de Oliveira Guimarães, pesquisador responsável da pesquisa “**Coping de Idosos Cuidadores frente a Sobrecarga do Cuidado**”, solicito autorização para realização de coleta de dados desse projeto de pesquisa. Esclarecemos que esses dados servirão como veículo de aproximação com os participantes da pesquisa e nos comprometemos a apresentar a V.S. o parecer de aprovação do Comitê de Ética para Pesquisas com Seres Humanos (CEP) sob parecer de N° 655.391 de 06 de março de 2014 para dar início à coleta.

Certo do entendimento por parte de V.S. agradeço desde já a presteza do seu atendimento.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A função de cuidador ocasiona mudança em sua vida e os leva a sobrecarga de trabalho, comprometimento assim a qualidade de vida e conseqüentemente o cuidado prestado.

Assim, eu, Frank Evilácio de Oliveira Guimarães, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia – PPGENF – UFBA, estou desenvolvendo projeto de dissertação de mestrado intitulado: “**Coping de Idosos Cuidadores frente a Sobrecarga do Cuidado**”, sob a orientação da Prof.^a. Dra. Larissa Chaves Pedreira, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem na área de concentração: O cuidar em enfermagem no processo de desenvolvimento humano. A pesquisa tem por objetivo: compreender as estratégias de *coping* utilizadas por idosos cuidadores no enfrentamento da sobrecarga do cuidado. A pesquisa será desenvolvida através de entrevistas gravadas, com os idosos cuidadores de pessoa idosa em seu ambiente domiciliar, ou no domicílio de seu familiar de acordo com a sua preferência.

Aproveito para convidá-lo a participar, respondendo a entrevista em dia e horário que lhe seja mais conveniente. Esclareço e confirmo que a senhor(a) não terá qualquer tipo de despesa com esta participação e nem eu ou quaisquer dos participantes receberão qualquer remuneração. Assim também garantiremos seu anonimato e privacidade, utilizando *pseudônimos* para preservação de sua identidade. Riscos e/ou danos como exemplo; desconforto gerado pela entrevista ao falar de sua vivência como cuidador(a) poderão surgir. Caso ocorra e se sinta desconfortável, poderemos suspender ou dar por encerrada a entrevista. Caso deseje, o senhor(a) poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, com as garantias de que não haverá qualquer tipo de prejuízo ou penalização em relação aos serviços que o senhor utiliza.

Referente aos benefícios, esta pesquisa poderá fornecer dados que possibilite a melhoria da assistência aos idosos cuidadores e dar visibilidade às questões que permeiam a vida desse segmento populacional, proporcionando discussões e reflexões sobre os conhecimentos que envolvem o estresse, sobrecarga vivenciado pelo cuidador e os mecanismos utilizados para enfrentamento à essa sobrecarga, favorecendo o desenvolvimento de futuras pesquisas nessa área. Como também, colaborar para a ampliação do conhecimento científico oferecendo dados que poderão contribuir para a melhoria de vida dessa população.

Deste modo, solicito sua autorização para gravar as entrevistas a serem realizadas, através da técnica face a face, com utilização de aparelho gravador de voz digital. A aplicação da entrevista, se dará em local reservado, no seu próprio domicílio, ou outro lugar a sua

escolha, em dia e horário previamente agendados e estabelecidos como conveniente para a Sr^o (a) e para nós pesquisadores. Após o término ou durante a realização da entrevista, se desejar essa gravação, ouvi-la e não perder dados importantes para a pesquisa poderá fazer quaisquer alterações nas suas falas, se julgar necessário.

Em quaisquer etapas do estudo o Sr^o (a) poderá solicitar esclarecimento de dúvidas. Podendo ser realizado por contato com a responsável por essa pesquisa, no endereço eletrônico e telefone, citados abaixo ou através do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Ressalta-se que TODA documentação resultante da pesquisa, como as entrevistas e as cópias do TCLE serão guardadas por nós pesquisadores durante cinco anos. Nesse período, caso o (a) senhor (a) tenha interesse em consultar os materiais, eles estarão disponíveis em nossos arquivos. Após este período, os protocolos serão incinerados.

Comprometo-me a utilizar as informações fornecidas apenas para pesquisa, e a divulgar os resultados através de artigos publicados em revistas científicas e congressos, buscando manter sua identificação sob sigilo e confidencialidade durante todo o processo de realização e divulgação da pesquisa. Caso o(a) Senhor (a) decida participar e se sinta suficientemente esclarecido, solicitamos assinar o presente termo.

Pesquisador – Frank Evilácio de Oliveira Guimarães
E-mail: franevilacio@gmail.com
Tel.: (77) 99138-3327


Orientadora – Larissa Chaves Pedreira
E-mail: larissa.pedreira@uol.com.br
Tel.:(71) 99718301

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito das informações que li ou que foram dadas para mim sobre a pesquisa intitulada: ***Coping de Idosos Cuidadores frente a Sobrecarga do Cuidado***. Eu discuti com o pesquisador sobre minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro, também, que minha participação é isenta de pagamentos ou despesas, e que tenho garantia de acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Concordo voluntariamente em participar desse estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou perda de qualquer benefício que eu tenha adquirido.

Entrevistado(a)
Impressão dactiloscópica



Nome - _____

RG - _____

Tel. () _____

Data - ____/____/____

APÊNDICE C - DIÁRIO PARA REGISTRO DAS IMPRESSÕES CAPTADAS DURANTE AS ENTREVISTAS

1. Aparência e estado geral do cuidador (vestimenta, autocuidado, hidratação, higienização), aparenta estar cansado?
2. Como se apresenta a relação do cuidador com a pessoa de quem cuida:
3. Condições do domicílio (acesso, higiene, iluminação, adaptação para condição do idoso, conforto).

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO E ROTEIRO DE ENTREVISTA

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	
N	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid orange;" type="text"/>
	Data: __/__/__
Iniciais do nome: _____	
Idade: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Viúvo	
Escolaridade: _____ Religião: _____	
Renda familiar: _____	
Quantidade de pessoas no domicílio: _____	
Grau de Parentesco: _____ Ocupação: _____	
Mora com o Idoso(a)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tempo que presta cuidado: _____ <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> ano	
Recebeu capacitação para realização do cuidado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Quais? _____	
Comorbidades: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quais?: _____	
Renda Familiar: <input type="checkbox"/> Menor que um salário mínimo <input type="checkbox"/> Salário mínimo <input type="checkbox"/> De um a dois salários mínimos	
<input type="checkbox"/> De dois a quatro salários mínimos <input type="checkbox"/> Mais de cinco salários mínimos	
<input type="checkbox"/> Não tem renda <input type="checkbox"/> Não quis responder	
QUESTÕES NORTEADORAS	
3 Como é o seu dia a dia na prestação desse cuidado?	
4 O que o Sr (a) faz para enfrentar essa rotina?	

ANEXOS

ANEXO 1 – ESCALA BURDEN INTERVIEW (ENTREVISTA DE SOBRECARGA)

Tabela - Burden Interview (ZARIT & ZARIT, 1987); tradução para o português: Marcia Scazufca (2002).	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1. O Sr./Sra. sente que S* pede mais ajuda do que ele (ela) necessita?					
2. O Sr./Sra. sente que por causa do tempo que o Sr./Sra. gasta com S, o Sr./Sra. não tem tempo suficiente para si mesmo (a)?					
3. O Sr./Sra. se sente estressado (a) entre cuidar de S e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?					
4. O Sr/Sra se sente envergonhado (a) com o comportamento de S?					
5. O Sr/Sra se sente irritado (a) quando S está por perto?					
6. O Sr/Sra sente que S afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?					
7. O Sr/Sra sente receio pelo futuro de S?					
8. O Sr/Sra sente que S depende do Sr/Sra?					
9. O Sr/Sra se sente tenso (a) quando S está por perto?					
10. O Sr/Sra sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com S?					
11. O Sr/Sra sente que o Sr/Sra não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S?					
12. O Sr/Sra sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr/Sra está cuidando de S?					
13. O Sr/Sra não se sente mais vontade de ter visitas em casa, por causa de S?					
14. O Sr/Sra sente que S espera que o Sr/Sra cuide dele/dela, como se o Sr/Sra fosse a única pessoa de quem ele/ela pode depender?					
15. O Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S, somando-se as suas outras despesas?					



16. O Sr/Sra sente que ser incapaz de cuidar de S por muito mais tempo?					
17. O Sr/Sra sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S?					
18. O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S?					
19. O Sr/Sra se sente em dívida sobre o que fazer por S?					
20. O Sr/Sra sente que deveria estar fazendo mais por S?					
21. O Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor de S?					
22. De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra se sente sobrecarregado (a) por cuidar de S**?					

* No texto S refere-se a quem é cuidado pelo entrevistado. Durante a entrevista, o entrevistador usa o nome desta pessoa.

** Neste item as respostas são: nem um pouco=0, um pouco=1, moderadamente=2, muito=3, extremamente=4.

ANEXO 2 – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

07/10/2015 Plataforma Brasil






Letícia Chaves Pedreira

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

— DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIVÊNCIA DE IDOSOS CUIDADORES NO CUIDADO A PESSOA IDOSA
Pesquisador Responsável: Larissa Chaves Pedreira
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 20640814.1.1001.5531
Submetido em: 24/02/2014
Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio








Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_206408

— DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

Nome do Documento	Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Versão Atual Aprovada (PO) - Versão 1 <input checked="" type="checkbox"/> Projeto Original (PO) - Versão 1 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Notificação (N1) - Escola de Enfermagem d <input type="checkbox"/> Currículo dos Assistentes <input type="checkbox"/> Documentos do Projeto <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Brochura Pesquisa - Submissão 1 <input type="checkbox"/> Folha de Rosto - Submissão 1 <input type="checkbox"/> Informações Básicas do Projeto - Subm <input type="checkbox"/> Interface REBEC - Submissão 1 <input type="checkbox"/> Outros - Submissão 1 <input type="checkbox"/> Projeto Detalhado / Brochura Investigad <input type="checkbox"/> TCLE / Termos de Assentimento / Justi <input type="checkbox"/> Apreciação 1 - Escola de Enfermagem da U <input type="checkbox"/> Projeto Completo 					

— LISTA DE APECIAÇÕES DO PROJETO

Apreciação	Pesquisador Responsável	Versão	Submissão	Modificação	Situação	Exclusiva do Centro Coord.	Ações
PO	Larissa Chaves Pedreira	1		21/05/2014	Aprovado	Não	   
N1	Larissa Chaves Pedreira	1	02/03/2015	02/03/2015	Notificação Aceita	Sim	

— HISTÓRICO DE TRÂMITES

Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
N1	23/04/2015 11:31:47	Notificação - Ciência da Secretaria			Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia		
N1	02/03/2015 14:21:07	Notificação enviada		Pesquisador Principal	PESQUISADOR RESPONSÁVEL	Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia	Estamos encaminhando um adendo ao projeto Vivência Ver mais...
PO	21/05/2014 17:18:49	Parecer liberado			Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia	Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia	A Coordenação do Comitê de Ética aceita o parecer dVer mais...
PO	12/05/2014 14:14:53	Parecer do colegiado emitido			Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia	Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia	
PO	12/05/2014 14:13:43	Parecer do relator emitido			Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia	Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia	
PO	12/05/2014 14:08:29	Aceleração de Elaboração de Relatoria			Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia	Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia	
PO	10/03/2014 12:05:20	Confirmação de indicação de Relatoria			Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia	Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia	
PO	25/02/2014 17:06:49	Indicação de Relatoria			Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia	Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia	
PO	25/02/2014 17:06:07	Aceleração do PP			Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia	Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia	
PO	24/02/2014 13:52:24	Submissão para avaliação do CEP		Pesquisador Principal	PESQUISADOR RESPONSÁVEL	Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia	

<http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/visao/pesquisador/gerirPesquisa/gerirPesquisaAgrupador.jsf> 1/2