

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE GERONTOLOGIA

ISABELA BONIFACIO DE ALMEIDA FERREIRA

SONO E FUNCIONALIDADE FAMILIAR: um estudo com idosos cuidadores

São Carlos - SP

2021

ISABELA BONIFÁCIO DE ALMEIDA FERREIRA

SONO E FUNCIONALIDADE FAMILIAR: um estudo com idosos cuidadores

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Gerontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Ariene Angelini dos Santos Orlandi

Co-orientadora: Profa. Msc. Élen dos Santos Alves

São Carlos – SP

2021

RESUMO

No contexto brasileiro, o cuidado ao idoso é culturalmente realizado por um membro familiar. Diante dos novos arranjos familiares e do envelhecimento populacional, é crescente o número de idosos cuidando de outros idosos. Entretanto, a tarefa de cuidar pode surgir repentinamente e o cuidador familiar nem sempre está apto para assumir essa responsabilidade. Nesse caso, a família pode não se organizar, surgindo conflitos, desarmonia e consequente disfunção familiar. Pesquisadores afirmam que um contexto disfuncional pode exercer um impacto negativo sobre a saúde física dos indivíduos e, nesse sentido, acredita-se que o sono dos cuidadores possa estar prejudicado. Sendo assim, tanto a disfunção familiar quanto os problemas de sono entre os cuidadores podem interferir na qualidade do cuidado oferecido, principalmente em contextos de pobreza. **Objetivo:** analisar a relação entre sono e funcionalidade familiar de idosos cuidadores, cadastrados em Unidades de Saúde da Família inseridas em contexto de alta vulnerabilidade social. **Método:** estudo transversal, baseado nos pressupostos quantitativos de investigação, realizado em um município do interior paulista. Trata-se de um recorte de um estudo maior, do qual participaram 65 idosos com 60 anos de idade ou mais, cadastrados e residentes na área urbana de abrangência das Unidades de Saúde da Família e que cuidam de idosos. A coleta de dados foi realizada no domicílio dos idosos, em espaço disponibilizado pela família, no período de julho/2019 a março/2020. Por meio de entrevistas individuais foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário para caracterização do idoso cuidador e do contexto de cuidado, Índice de qualidade do sono de Pittsburgh (PSQI) para avaliar a qualidade do sono e APGAR de Família para avaliar a funcionalidade familiar. As diferenças entre os grupos foram analisadas utilizando-se os testes Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%. **Resultados:** a maioria dos idosos cuidadores era do sexo feminino, com média de idade de 69,1 (6,4) anos, casada, cuidava do cônjuge, não possuía treinamento prévio nem tampouco ajuda de terceiros para com a tarefa de cuidar. Quanto à qualidade do sono, 50,8% dos cuidadores idosos referiram sono ruim. Em relação à funcionalidade familiar, 66,2% dos idosos cuidadores apresentaram boa funcionalidade familiar, 16,9% moderada disfunção e 16,9% elevada disfunção familiar. Não houve relação estatisticamente significativa entre os escores totais dos instrumentos sobre sono e funcionalidade familiar. Houve significância estatística apenas entre funcionalidade familiar e outros distúrbios do sono, causados por preocupação ($p=0,019$). **Conclusão:** Houve maior proporção de disfunção familiar entre os idosos cuidadores que apresentavam distúrbios do sono em função de preocupação muito frequente quando comparados aos demais.

Palavras-chave: Cuidadores. Idoso. Relações Familiares. Sono. Enfermagem Geriátrica.

ABSTRACT

In the Brazilian context, older people care is culturally handled by a family member. Given the recent new family arrangements and the aging of the population, the number of older adults taking care of other older people is increasing. However, the responsibility of care can arise suddenly, and the family caregiver is not always able to assume this responsibility. In this case, the family members may not organize themselves, resulting in conflicts, disharmony, and consequent family dysfunction. Researchers claim that a dysfunctional context can have a negative impact on individuals' physical health and, consequently, the caregivers' sleep may be negatively affected. Therefore, both family dysfunction and sleep issues among caregivers can interfere in the quality of the provided care, especially in contexts of poverty. **Objective:** analyzing the relationship between sleep and family functionality of older caregivers registered in Family Health Units in a context of high social vulnerability. **Method:** cross-sectional study, based on quantitative research assumptions, carried out in a countryside city in the state of São Paulo - BR. This is an excerpt from a larger study, in which 65 older adults aged 60 years or older participated, registered and residing in the urban area covered by the Family Health Units and who take care of other older adult. Data collection was performed in the older adult houses, in a place provided by the family from July/2019 to March/2020. The following instruments were used for the individual interviews: Questionnaire to characterize both the elderly caregiver and the care context, Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) to assess sleep quality and Family APGAR to assess family functionality. Divergencies between groups were analyzed using Pearson's Chi-Squared and Fisher's exact tests. The significance level adopted for the statistical tests was 5%. **Results:** most of the older caregivers were female, with a mean age of 69.1 (6.4) years, married, caring for their partner, without previous training or help from third parties with the responsibility of caring. Regarding the sleep quality, 50.8% of older caregivers reported poor sleep. In relation to family functionality, 66.2% of older caregivers had good family functionality, 16.9% had moderate dysfunction and 16.9% had high family dysfunction. There was no statistically significant relationship between the total scores of the sleep instruments and family functionality. There was only statistical significance between family functionality and other sleep disorders caused by preoccupation ($p=0.019$). Conclusion: There was a higher rate of family dysfunction among older caregivers who had sleep disorders due to a very frequent preoccupation when compared to others.

Keywords: Caregivers. Aged. Family Relations. Sleep. Geriatric Nursing.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Distribuição dos idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social segundo aspectos sociodemográficos. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=65)23
- Tabela 2** - Distribuição dos idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social segundo aspectos de saúde, sintomas depressivos, qualidade do sono e capacidade funcional. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=65).....24
- Tabela 3** - Características relacionadas ao contexto de cuidado dos idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=65)24
- Tabela 4** - Distribuição percentual dos idosos cuidadores segundo características do sono e funcionalidade familiar. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=65)25
- Tabela 5** - Distribuição percentual dos idosos cuidadores segundo distúrbios do sono e funcionalidade familiar. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=65)26

LISTA DE SIGLAS

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DP - Desvio Padrão
GDS - Escala de Depressão Geriátrica
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPVS - Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
NREM – *Non Rapid Eye Movement*
PSQI - Índice de qualidade do sono de Pittsburgh
REM – *Rapid Eye Movement*
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS - Unidade Básica de Saúde
USF - Unidade de Saúde da Família.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
1.1 Cuidadores de idosos.....	7
1.2 Funcionalidade familiar e sono.....	9
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 OBJETIVOS.....	16
3.1 Objetivo Geral.....	16
3.2 Objetivos Específicos.....	16
4 HIPÓTESE.....	17
5 MATERIAL E MÉTODO.....	18
5.1 Tipo de estudo.....	18
5.2 Local do estudo.....	18
5.3 População e amostra.....	18
5.4 Aspectos éticos.....	19
5.5 Procedimentos e período para a coleta de dados.....	20
5.6 Instrumentos para coleta de dados.....	21
5.7 Análise dos dados.....	22
6 RESULTADOS	23
7 DISCUSSÃO	28
8 CONCLUSÃO	33
9 REFERÊNCIAS.....	34
APÊNDICES.....	41
ANEXOS.....	49

1 INTRODUÇÃO

1.1 Cuidadores de idosos

O envelhecimento populacional é uma conquista mundial que alcançou um crescimento expressivo. Antigamente, atingir a velhice era privilégio de poucos (VERAS; OLIVEIRA, 2018). Nos dias atuais, vários países vivenciam a transição demográfica, ou seja, populações mais jovens estão se tornando gradativamente envelhecidas (ALVES et al., 2016). Isso foi possível devido ao declínio das taxas de mortalidade, natalidade e fecundidade e ao aumento na expectativa de vida, o que culminou com o envelhecimento populacional (MINAYO, 2021).

O segmento populacional que mais cresce no Brasil é o de pessoas idosas. Estima-se uma taxa de crescimento superior a 4% no período de 2012 a 2022. Em 2000, a população idosa brasileira correspondia a 14,2 milhões de pessoas. Acredita-se que em 2060, esse contingente populacional atinja 73,5 milhões de idosos (MINAYO, 2021).

Diante dessas modificações demográficas, presencia-se também a transição epidemiológica. Trata-se de complexas mudanças nos padrões saúde/doença e nas interações entre os mesmos, com influência de determinantes demográficos, econômicos e sociais. Tornou-se perceptível a mudança nos padrões de adoecimento e mortalidade dos indivíduos, nos quais as doenças infecciosas e de caráter agudo deram espaço à maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (PEREIRA; ALVES-SOUZA; VALE, 2015).

Tais doenças são comuns entre os idosos, os quais convivem ou conviverão com elas por um longo período de tempo. Sendo assim, as alterações fisiológicas próprias do envelhecimento atreladas às DCNT podem gerar sequelas e incapacidades, fazendo com que os idosos apresentem limitações no desempenho de suas atividades de vida diária, tornando-se dependentes de um cuidador (GUERRA et al., 2017; SANTOS et al., 2019).

Cuidador é a pessoa que auxilia o idoso no desenvolvimento de suas atividades diárias com objetivos específicos, zelando pelo bem-estar, alimentação, recreação, saúde, lazer, higiene pessoal, educação e cultura do idoso cuidado (CUNHA; BERARDINELLI; SANTO-ESPÍRITO, 2018). A literatura gerontológica aponta a existência de dois tipos de cuidadores, os formais e os informais. O cuidador formal é aquele que provê os cuidados ao idoso e recebe remuneração para o desempenho dessa atividade. Os cuidadores informais são, na maioria das vezes, familiares do idoso cuidado, que prestam a assistência voluntariamente (SANTOS et al., 2019).

O cuidador também pode ser classificado em primário, secundário e terciário. Tal diferenciação ocorre devido ao nível de envolvimento e ao tempo em que esse cuidado é oferecido ao idoso. Cuidadores primários auxiliam o idoso na maioria das tarefas do dia-a-dia, sendo o principal responsável pelo cuidado direto. Cuidadores secundários apresentam menor responsabilidade, os quais exercem afazeres esporádicos, restritos ou ocasionais, como por exemplo, nos finais de semana. Os terciários assumem tarefas indiretas como ir ao banco, ao supermercado, transporte e outros (VIEIRA et al., 2011).

No contexto brasileiro, o cuidado ao idoso geralmente é exercido por um membro familiar, no próprio domicílio (BRIGOLA et al., 2017). Pesquisadores apontam que as mulheres são as principais responsáveis pelo cuidado aos idosos, pois culturalmente esse papel lhe foi atribuído, tendo em vista que é algo natural e instintivo da natureza feminina (SANTOS-ORLANDI et al., 2017). Geralmente, são cônjuges ou filhas do idoso cuidado, adultas ou idosas, casadas, que residem na mesma casa que o idoso, têm baixa escolaridade e não recebem auxílio de outras pessoas no cuidado (OLIVEIRA et al., 2017; NUNES et al., 2018; CECCON et al., 2021).

Em virtude do envelhecimento populacional, de novos arranjos familiares e da inserção da mulher no mercado de trabalho, observa-se na literatura um maior número de pessoas idosas que estão cuidando de outros idosos (OLIVEIRA et al., 2017; RAMÍREZ-PEREIRA et al., 2018; SANTOS et al., 2019; LEMOS et al., 2020; MAGAÑA; MARTÍNEZ; LOYOLA, 2020).

Um estudo realizado com idosos chilenos objetivou conhecer a percepção de idosos que são cuidadores de outros idosos com dependência grave. Os resultados apontaram que a maioria dos cuidadores idosos é do sexo feminino, não recebem apoio familiar, possuem vínculo sentimental com o idoso cuidado. Além disso, relataram que as principais motivações para realizar essa tarefa são carinho e obrigação. Os cuidadores idosos se dedicam completamente ao idoso cuidado e se sentem sobrecarregados (RAMÍREZ-PEREIRA et al., 2018).

Outro estudo qualitativo, realizado com 10 idosos cuidadores em Minas Gerais, buscou investigar as formas de enfrentamento utilizadas para alívio de tensões e conhecer o tipo de apoio que recebem do serviço de Atenção Primária à Saúde no domicílio. Os resultados mostraram que o cuidador não tem um apoio efetivo da Estratégia de Saúde da Família. Além disso, os autores identificaram que a principal forma de enfrentamento está centrada na dimensão espiritual. Os idosos cuidadores acreditam que conseguem cuidar de outro idoso devido ao sagrado (SILVA; MOREIRA-ALMEIDA, CASTRO, 2018).

Com o objetivo de comparar o perfil de saúde física, cognitiva e psicológica e o contexto de cuidado de idosos cuidadores de outros idosos em diferentes arranjos domiciliares, um estudo transversal foi realizado em São Carlos (SP) com 349 cuidadores, os quais foram

divididos em arranjos de moradia unigeracional, bigeracional e multigeracional. Como resultados, obtiveram que idosos cuidadores inseridos em lares unigeracionais eram mais velhos e independentes para as AIVDs. Em arranjos multigeracionais houve maior proporção de cuidadores com percepção de renda familiar insuficiente, que recebiam apoio emocional e que se sentiam sobrecarregados e estressados (OLIVEIRA et al., 2019).

Idosos cuidadores inseridos em ambientes de alta vulnerabilidade social estão mais vulneráveis a estressores, os quais podem estar acometidos por multimorbidades, resultando em prejuízo ao cuidado oferecido (SANTOS-ORLANDI et al., 2017). A literatura aponta que são visíveis os efeitos da vulnerabilidade social sobre a saúde dos idosos, principalmente quando expostos a tal situação desde a infância. Possuir baixa renda e baixa escolaridade, estar desempregado, apresentar dificuldades socioeconômicas são fatores que podem gerar tensão no cotidiano dos idosos, trazendo impactos negativos. Baixos níveis de escolaridade estão associados a hábitos de vida não saudáveis, ao menor acesso aos serviços de saúde, a piores condições de vida. Nesse sentido, pode ser que desenvolvam problemas de saúde física e mental (BARROS, 2013), o que poderia comprometer o cuidado destinado a outro idoso.

Vale ressaltar que, muitas vezes, esse cuidado é assumido de maneira repentina, por ser o idoso a única opção de cuidador dentre os membros familiares disponíveis. Ademais, não recebe o apoio de outras pessoas para a tarefa de cuidar, além de não apresentar preparo psicológico nem tampouco técnico para desempenhar seu novo papel, o que pode culminar em uma situação de extrema ansiedade (NUNES et al., 2018). Diante do exposto, fatores como a disfunção familiar e queixas relacionadas ao sono podem surgir frente a essa nova realidade e assim interferir na qualidade do cuidado oferecido.

1.2 Funcionalidade familiar e sono

O termo família pode ser definido como um sistema organizado, através de crenças, valores e práticas estabelecidos de acordo com a sociedade (FACO; MELCHIORI, 2009). Trata-se de um grupo social dinâmico e complexo, formado por dois membros ou mais, que se consideram como “família”, independentemente da existência de consanguinidade. Esses indivíduos estão interligados por laços afetivos e geralmente fazem parte do mesmo contexto social (RODRIGUEZ; GOMES; OLIVEIRA, 2017).

Atualmente, as famílias estão menores e com mais idosos na sua composição. Ao longo do tempo, passaram por diversas mudanças na sua função e estrutura em virtude da diminuição do número de filhos, da inconstância matrimonial, da inserção das mulheres no mercado de

trabalho e do envelhecimento populacional (SOUZA, 2008; SILVA et al., 2014; FELIPPI; ITAQUI, 2015; FERREIRA; ISAAC; XIMENES, 2018). Famílias multigeracionais são frequentemente encontradas. Entretanto, diante das modificações existentes nas últimas décadas, muitas famílias podem não estar aptas a cuidar de seus idosos. Por isso, torna-se necessário avaliar sua funcionalidade (SANTOS; PAVARINI, 2012).

A funcionalidade familiar pode ser entendida como a disposição da família para atingir os principais objetivos de vida de seus membros. Refere-se à maneira como seus integrantes interagem entre si e ao cumprimento harmônico de suas funções essenciais de acordo com as necessidades de seus componentes (LAMB et al., 2016; PAVARINI et al., 2020).

Um sistema familiar funcional envolve muito mais do que os aspectos afetivos, estão presentes também os de caráter emocional. Nesse sentido, os membros tendem a lidar com problemas e conflitos com estabilidade emocional. Os eventos adversos são resolvidos de maneira equilibrada e nenhum integrante fica sobrecarregado. Seus membros se organizam e oferecem suporte e apoio entre si, isto é, a família funciona como um recurso terapêutico (WANG et al., 2015; ELIAS et al., 2018; PAVARINI et al., 2020).

Boa funcionalidade familiar pode ser identificada em um contexto onde idosos estejam mais independentes para atividades básicas e instrumentais de vida diária (RABELO; NERI, 2016). Com o objetivo de avaliar a funcionalidade familiar de idosos brasileiros e testar a influência de fatores determinantes, um estudo transversal realizado com 2.052 idosos apontou que 76,3% da amostra apresentaram boa funcionalidade familiar. Destes, a maioria estava casada e vivia com seu parceiro, tinha mais de seis filhos e netos e era independente para as atividades instrumentais de vida diária (CAMPOS et al., 2017).

Um estudo realizado com 637 idosos em Minas Gerais buscou verificar a associação da funcionalidade familiar com o arranjo domiciliar de idosos da área urbana do município. Os resultados demonstraram que 87,8% dos idosos participantes apresentaram boa funcionalidade familiar. Resultados estatisticamente significativos foram encontrados entre funcionalidade familiar e arranjo domiciliar, isto é, pessoas que moram acompanhadas apresentaram melhor funcionalidade familiar quando comparadas a pessoas que moram sozinhas (ELIAS et al., 2018).

Por outro lado, existe o contexto de disfunção familiar, o qual é marcado por desarmonia. Trata-se de um prejuízo na capacidade da família em lidar com situações de crise e a não realização de funções essenciais, o que acarreta em não provimento adequado e integral das necessidades de cuidados de seus integrantes. Diante de uma situação estressora, seus membros não se readéquam, nem tampouco tentam resolver coletivamente o conflito. Há

prioridade de interesses particulares em detrimento do grupo. Nesse caso, a família funciona como um fator estressor (ELIAS et al., 2018). Fatores como déficit cognitivo, elevada demanda por cuidado, ausência de suporte social, frequentes alterações na rotina e nos papéis sociais, além do despreparo de familiares para a tarefa de cuidar podem contribuir para a disfunção familiar (VERA et al., 2014; CAMPOS et al., 2017).

Há evidências na literatura de que o funcionamento familiar pode oferecer impactos importantes na vida e na saúde dos idosos. Nesse sentido, um estudo foi realizado com idosos de três cidades da Colômbia com o objetivo de determinar a capacidade preditiva da felicidade sobre a funcionalidade familiar. Os autores referiram que ter uma funcionalidade familiar adequada é determinada pela percepção da felicidade, por boas condições de qualidade de vida, e que a funcionalidade familiar pode ser um indicador relevante de saúde dos idosos, destacando ainda o papel fundamental do bem-estar subjetivo dos idosos nas relações familiares (CARDONA-ARANGO et al., 2019).

Diante do exposto, percebe-se que boas relações familiares são cruciais para o enfrentamento de problemas que surgem no cotidiano, além de influenciarem positivamente a saúde e o bem-estar dos idosos (CAMPOS et al., 2017). Pesquisadores afirmam que a disfunção familiar pode exercer um impacto negativo sobre a saúde física, social e emocional dos indivíduos (BAHREMAND et al., 2014). Nesse sentido, acredita-se que o sono dos idosos possa estar prejudicado diante de um contexto disfuncional (AILSHIRE; BURGARG, 2012).

O sono é essencial para o ser humano, sendo fundamental para funções fisiológicas, restauração, estabilização e integração de diversos sistemas do organismo (WASER et al., 2019). É composto por duas fases, chamadas de sono NREM ou não REM (Non- Rapid Eye Movement) e sono REM (Rapid Eye Movement) (ALVES et al., 2019; ALVES et al., 2021).

Ausência de movimentos oculares rápidos demarcam o sono NREM, o qual se divide em quatro estágios distintos: I, II, III, IV. O estágio I é caracterizado por um sono superficial, ou seja, a passagem da vigília para o sono. Os três estágios subsequentes vão aumentando gradativamente sua profundidade até que o indivíduo alcance o relaxamento muscular, a diminuição progressiva de movimentos corporais e respirações regulares (ALVES et al., 2019; ALVES et al., 2021).

O sono REM é caracterizado pela presença de movimentos oculares rápidos e atonia muscular. É nessa fase que ocorrem os sonhos. Geralmente, um ciclo de sono NREM / REM acontece a cada 90 minutos, ou seja, os quatro estágios de sono NREM mais o sono REM se repete de quatro a seis vezes por noite (ALVES et al., 2019; ALVES et al., 2021).

Ao longo do processo do envelhecimento, ocorrem mudanças na quantidade e na qualidade do sono, além de alterações na sua arquitetura e no ciclo vigília-sono, as quais são esperadas durante a velhice (GEIB et al., 2003). Ao nascer, recém-natos dormem entre 14 e 16 horas por dia. Na fase adulta, os adultos dormem em torno de 7 a 8,5 horas por noite. Na velhice, o sono é frequentemente fragmentado, com duração média de 6 a 7,5 horas (GULIA; KUMAR, 2018).

Dentre as modificações estruturais do sono no envelhecimento destacam-se a diminuição do tempo total, o aumento da latência para dormir, o avanço da fase circadiana, o predomínio de fases superficiais do sono NREM (estágios 1 e 2), a fragmentação do sono, a sonolência excessiva durante o dia e a diminuição da secreção endógena de melatonina (ARAÚJO; CEOLIM, 2010; QUINHONES; GOMES, 2011).

A prevalência de problemas relacionados ao sono aumenta ao longo do envelhecimento (BEZERRA et al., 2018). Os idosos tendem a relatar sono fragmentado, sensação de sono não restaurador, aumento do tempo para iniciar o sono, dificuldades para manter o sono e sonolência durante o dia com consequentes cochilos (QUINHONES; GOMES, 2011; ALMONDES et al., 2017).

Um estudo realizado em Campinas (SP) avaliou 498 idosos residentes na comunidade. Destes, 222 idosos (44,6%) mencionaram ter problemas de sono, sendo que 32,5% relataram acordar na madrugada e não adormecer mais, seguidos de dormir mal à noite (29,3%), demorar a conciliar o sono (27,9%) e ficar acordado a maior parte da noite (23,5%). A maioria dos idosos relatou cochilar durante o dia (60,6%) (COSTA; CEOLIM; NERI, 2011).

Como consequências de uma noite mal dormida, os idosos referem diminuição do estado de alerta, fadiga, irritabilidade, perda de rendimento intelectual, dificuldade de concentração, prejuízo cognitivo e executivo, impacto negativo na realização das atividades de vida diária e qualidade de vida reduzida (QUINHONES; GOMES, 2011; ALMONDES et al., 2017). Mesmo assim os profissionais negligenciam com frequência problemas de sono dos idosos, ignorando o fato de que eles podem prejudicar a qualidade de vida dos mesmos.

Foram encontrados na literatura estudos que buscaram analisar a relação entre funcionalidade familiar e queixas de sono entre idosos, porém são escassos (ZARGAR et al., 2007; AILSHIRE; BUGARD, 2012; MARTINS, 2016).

Um estudo realizado em Portugal objetivou avaliar as perturbações do sono dos pacientes adultos e idosos internados e analisar a relação com variáveis sociodemográficas, clínicas e fadiga crônica. Como resultados, obtiveram que 96,7% apresentaram perturbações de sono durante o período de hospitalização, dormem 6,8 horas por noite (em média) e despertam

precocemente. Cerca de 60% dos participantes viviam com a família, 20% sozinhos e 20% institucionalizados. Não foram encontradas relações estatísticas significantes entre o agregado familiar e a qualidade do sono. No entanto, os autores afirmam que as diferentes personalidades e a forma de conviver podem afetar a duração do sono (MARTINS, 2016).

Outro estudo realizado nos Estados Unidos, com o objetivo de examinar relações entre problemas de sono e contato com a família, apoio social e tensão, observou que 48% dos participantes nunca tiveram problemas para dormir, 29% apresentaram problemas para dormir mensalmente e 23% semanalmente ou diariamente. Resultados estatisticamente significativos foram encontrados entre relacionamento familiar tenso e sono perturbado. Segundo os autores, os problemas de sono são mais intensos quando a relação familiar é conflituosa e não há apoio emocional adequado (AILSHIRE; BURGARD, 2012).

Dados semelhantes foram identificados em outra pesquisa realizada no Irã, na qual os autores afirmam que a disfunção familiar apresenta relação estatisticamente significativa entre ansiedade, sintomas físicos e distúrbios do sono (ZARGAR et al., 2007).

Diante do exposto, a literatura demonstra que a disfunção familiar está associada às queixas de sono entre os idosos, no entanto lacunas devem ser investigadas. Será que o mesmo ocorre com os idosos cuidadores inseridos em contexto de alta vulnerabilidade social?

2 JUSTIFICATIVA

Momentos de desarmonia e situações de crise podem ocasionar disfunção familiar. Nesse contexto, pode haver negligência dos cuidados essenciais para a vida dos idosos, influenciando negativamente a saúde e o bem-estar. Quando as relações se baseiam em conflitos, pode haver prejuízo na qualidade do cuidado oferecido, o qual pode ser sofrido tanto para o idoso quanto para o cuidador.

De acordo com a literatura a maior parte dos cuidadores são membros da família (BRIGOLA et al., 2017; CAMPOS et al., 2017; ELIAS et al., 2018). Ainda que encontramos famílias multigeracionais, a literatura demonstra não existir uma garantia de que elas estejam preparadas para cuidar de seus integrantes idosos, surgindo assim a necessidade de se avaliar a funcionalidade familiar (SANTOS; PAVARINI, 2012).

O sono é fundamental para todos os seres vivos, sendo necessário para as funções fisiológicas do organismo tais como restauração, estabilização e integração de diversos sistemas (WASER et al., 2019). Com o processo do envelhecimento, o predomínio das queixas relacionadas ao sono aumenta gradativamente com o avanço da idade. Os idosos mencionam a existência de sono fragmentado, sensação de não restauração, aumento da latência para o sono, dificuldade para mantê-lo à noite e sonolência durante o dia, com consequentes cochilos (WASER et al., 2019; BEZERRA et al., 2018).

Os idosos que sofrem com problemas no sono podem ter um impacto na realização de atividades diárias e qualidade de vida reduzida, pois uma noite mal dormida pode se refletir em comprometimento no estado de alerta, prejuízo cognitivo e executivo, irritabilidade e dificuldade de concentração. (QUINHONES; GOMES, 2011; ALMONDES et al., 2017). Diante disso, pode haver o aumento da procura por serviços de saúde, ocasionando custos para o estado (PARENTE; PARENTE; VIEIRA, 2018).

Diante das modificações demográficas e da mudança nas estruturas familiares, a literatura aponta que vem crescendo o número de idosos que cuidam de outros idosos. Sendo assim, torna-se de suma importância que os cuidadores estejam com boa saúde para que o cuidado seja ofertado com qualidade (OLIVEIRA et al., 2017; RAMÍREZ-PEREIRA et al., 2018).

Acredita-se que idosos cuidadores inseridos em um contexto de alta vulnerabilidade social estejam mais expostos a essas condições estressantes, pois a vulnerabilidade social pode afetar o indivíduo de diversas formas e intensidades, interferindo na capacidade de reagir a

estressores (ARAÚJO JÚNIOR et al, 2019). Dessa maneira, o bem-estar pode estar comprometido e a qualidade de vida reduzida, prejudicando o cuidado oferecido (SANTOS-ORLANDI et al., 2017).

Ademais, estudos que buscaram analisar a relação entre funcionalidade familiar e sono de idosos cuidadores são escassos na literatura.

Diante do exposto, estudar a relação entre funcionalidade familiar e sono de idosos cuidadores mostra-se importante e pertinente, principalmente em cenários de alta vulnerabilidade social, pois tanto a disfunção familiar quanto as queixas de sono podem comprometer a saúde, a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos.

Ressalta-se a relevância da realização da avaliação geriátrica ampla pelos profissionais das Unidades de Saúde da Família, a fim de identificar precocemente as demandas e assim, desenvolver intervenções voltadas tanto à promoção da saúde quanto à prevenção de agravos com o intuito de melhorar a saúde e a qualidade de vida desses idosos. Os resultados do presente estudo poderão subsidiar essa reflexão e impulsionar novos questionamentos e investigações.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a relação entre sono e funcionalidade familiar de idosos cuidadores, cadastrados em Unidades de Saúde da Família inseridas em contexto de alta vulnerabilidade social.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os idosos cuidadores segundo o perfil sociodemográfico e de saúde e analisar o contexto de cuidado;
- Avaliar a funcionalidade familiar dos idosos cuidadores;
- Descrever a qualidade do sono dos idosos cuidadores;
- Comparar as características do sono com os níveis de funcionalidade familiar dos idosos cuidadores.

4 HIPÓTESE

Existe relação entre disfunção familiar e má qualidade do sono de idosos que cuidam de outros idosos atendidos em Unidades de Saúde da Família em contexto de alta vulnerabilidade social.

5 MATERIAL E MÉTODO

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional, transversal, baseado nos pressupostos quantitativos de investigação, o qual seguiu as diretrizes presentes na Declaração *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE). Esta pesquisa é proveniente de um estudo maior intitulado “Fatores associados à má qualidade do sono de idosos cuidadores”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

5.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no município de São Carlos (SP), com idosos atendidos em cinco Unidades de Saúde da Família (USF) inseridas em contexto de alta vulnerabilidade social. De acordo com o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município possuía 221.950 habitantes. Destes, 12,9% correspondiam a indivíduos com 60 anos de idade e mais (IBGE, 2010).

Atualmente, o município de São Carlos dispõe de 21 Unidades de Saúde da Família (USF), sendo 19 em área urbana e duas na área rural, com uma cobertura de aproximadamente 39.768 habitantes (SÃO CARLOS, 2019). As USFs estão inseridas em distintas áreas de vulnerabilidade social, de acordo com o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS). O IPVS foi elaborado segundo os aspectos socioeconômicos e demográficos dos indivíduos residentes no estado de São Paulo (FUNDAÇÃO SEADE, 2010). Há sete níveis de vulnerabilidade captados pelo IPVS: Grupo 1 (baixíssima vulnerabilidade), Grupo 2 (vulnerabilidade muito baixa), Grupo 3 (vulnerabilidade baixa), Grupo 4 (vulnerabilidade média), Grupo 5 (vulnerabilidade alta – setores urbanos), Grupo 6 (vulnerabilidade muito alta) e Grupo 7 (vulnerabilidade alta – setores rurais).

5.3 População e amostra

A população foi constituída por idosos com 60 anos de idade ou mais, cadastrados e que residem na área urbana de abrangência das Unidades de Saúde da Família (USF) e que cuidam de idosos.

Foram entrevistados todos os indivíduos que atenderem os seguintes critérios de inclusão: possuir idade mínima de 60 anos, estar cadastrado em uma Unidade de Saúde da Família inserida em contexto de alta vulnerabilidade social (Índice Paulista de Vulnerabilidade

Social – IPVS 5); ser o cuidador primário do idoso; e residir no mesmo domicílio que o idoso que recebe os cuidados, o qual estivesse dependente para pelo menos uma atividade básica de vida diária (ABVD - avaliada pelo Índice de Katz – ANEXO A) ou instrumental de vida diária (AIVD - avaliada pela Escala de Lawton e Brody – ANEXO B). Foram excluídos da amostra os idosos que apresentarem graves dificuldades auditivas e/ou visuais que dificultassem a comunicação, percebidos no momento da coleta de dados. Ademais foram considerados critérios de exclusão: classificação como independentes de todos os idosos do domicílio, tanto para atividades básicas quanto instrumentais de vida diária; óbito de um dos idosos da díade; mudança de endereço; não ser encontrado diante de três tentativas em dias e horários distintos.

A amostra foi selecionada a partir de uma lista fornecida pelos profissionais das cinco USFs, com 168 domicílios, os quais eram compostos por pelo menos dois idosos. Todos foram visitados. Dentre eles, 49 não indicaram interesse em participar do estudo, 32 não foram encontrados pelos pesquisadores após três tentativas em dias e horários distintos, 18 não residiam mais no endereço informado, três haviam falecido e um dos domicílios apresentava idosos independentes para ABVD e AIVD. Diante disso, a amostra final deste estudo foi composta por 65 idosos cuidadores. Devido à intenção de investigar toda a população de idosos cuidadores da lista fornecida pelas USFs, não foi realizado cálculo do tamanho amostral. Assim os resultados obtidos serão considerados de natureza exploratória e não confirmatória.

5.4 Aspectos éticos

Todas as normas éticas estabelecidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a qual envolve pesquisas com seres humanos foram respeitadas. A coleta de dados somente teve início após a autorização da Secretaria Municipal de Saúde (ANEXO C) e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (CAAE: 08175419.5.0000.5504) (ANEXO D).

Foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – APÊNDICE A), com informações relevantes sobre a pesquisa, tais como objetivo do estudo, participação por livre e espontânea vontade, possibilidade de desistência a qualquer momento, sigilo dos dados coletados e garantia do anonimato. O TCLE foi assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para arquivo da pesquisadora. Após a leitura e assinatura do TCLE, a coleta de dados teve início.

5.5 Procedimentos e período para a coleta dos dados

Primeiramente, foi realizado contato com as referidas Unidades de Saúde da Família para identificar os potenciais participantes da pesquisa. Com auxílio dos agentes comunitários de saúde, foi elaborada uma lista com os nomes e endereços dos idosos cuidadores. Em seguida, foram realizadas visitas domiciliares para todos os idosos cuidadores para verificação dos critérios de inclusão e exclusão dos participantes. Os idosos que atenderam os critérios de inclusão foram convidados a participar da pesquisa. Nessa visita, foram informados quanto aos objetivos do estudo, a natureza voluntária da participação, o sigilo dos dados coletados e a devolutiva dos resultados das avaliações. Em seguida, foram convidados a participar do referido estudo e, no caso do aceite, foi agendada nova visita domiciliar para assinatura do TCLE e realização da entrevista. A coleta de dados teve duração aproximada de duas horas e foi realizada no domicílio dos idosos cuidadores, individualmente, em espaço disponibilizado pelo participante. Oito estudantes de graduação e pós-graduação previamente treinados realizaram as entrevistas, no período de julho/2019 a março/2020.

5.6 Instrumentos para coleta de dados

Caracterização do idoso cuidador e do contexto de cuidado (APÊNDICE B): As informações foram coletadas por meio de um questionário construído previamente pelos pesquisadores, dividido em duas etapas. Inicialmente, foram coletados dados de caracterização sociodemográfica e de saúde do idoso cuidador, com informações sobre: sexo (feminino ou masculino), idade (em anos; 60 a 74 anos ou 75 anos ou mais), situação conjugal (com ou sem companheiro), escolaridade (em anos), raça/cor (branca, preta, parda, indígena, amarela), religião (católico, evangélico, outras, não possui), aposentadoria (sim ou não), renda familiar e individual (em reais), arranjo familiar (com quem mora), quantidade de pessoas que residem na casa, plano particular de saúde (sim ou não), número de medicamentos em uso, multimorbidades (sim ou não), presença de dor (sim ou não), índice de massa corporal (baixo peso, eutrófico, sobrepeso), atividade física (sim ou não), etilismo (sim ou não), tabagismo (sim ou não). Posteriormente, foram coletados dados de caracterização do contexto de cuidado, com informações sobre: grau de parentesco (pai/mãe, cônjuge, irmã(o), sogro(a), outro), há quanto tempo o cuidado é exercido (anos), quantas horas e dias na semana são destinados a esse cuidado, se realizou algum curso preparatório para cuidar de um idoso (sim ou não), se recebe ajuda para a tarefa de cuidar (sim ou não).

Escala de Independência em Atividades de Vida Diária de Katz (ANEXO A): desenvolvido por Sidney Katz em 1963, o instrumento avalia dimensões do cuidado diário como banho, capacidade para vestir-se, usar o banheiro, transferência, continência e alimentação. O instrumento é composto por duas opções de respostas a depender do nível de dependência do entrevistado, podendo ser independente ou dependente. Ao final, o entrevistador pode verificar em quantas atividades o idoso é independente e em quantas atividades ele demonstra ser dependente (KATZ et al., 1963; LINO, 2008).

Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton e Brody (ANEXO B): desenvolvida por Lawton e Brody em 1969 e validada por Santos e Virtuoso Júnior para uso no contexto brasileiro em 2008. A escala tem por objetivo avaliar o grau de independência do indivíduo para habilidades complexas como uso de telefone, uso de meios de transporte, realizar compras, e trabalho doméstico, preparar refeições, usar medicamentos e manejar o dinheiro. Para cada uma destas atividades, o idoso poderá pontuar 1 para dependência completa, 2 para dependência parcial ou 3 para independência. Ao final a pontuação pode variar entre 7 e 21 pontos, isto é, 7 pontos significam dependência total, de 8 a 20 pontos dependência parcial e 21 pontos independência (LAWTON; BRODY, 1969; SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008).

Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) (ANEXO E): Instrumento desenvolvido por Buysse (1989) e traduzido e adaptado para o Brasil por Bertolazi et al (2011) tem como objetivo avaliar a qualidade do sono no último mês. É constituído por 19 questões agrupadas em sete componentes, sendo: Qualidade subjetiva do sono, latência para o sono, eficiência habitual do sono, duração do sono, distúrbios do sono, uso de medicação para dormir, disfunção diurna. A pontuação total do instrumento pode variar de 0 a 21 pontos, sendo que quanto maior a pontuação obtida, pior a avaliação da qualidade do sono. O escore global permite diferenciar a qualidade do sono dos indivíduos, ou seja, sono de boa qualidade (< 5 pontos), sono de má qualidade (5 a 10 pontos) e presença de distúrbios do sono (11 a 21 pontos) (BUYSSSE, 1989).

APGAR de Família (ANEXO F): instrumento elaborado por Smilkstein em 1978 e validado no contexto brasileiro por Duarte em 2001. É composto por cinco questões que permitem a mensuração da satisfação dos membros da família em relação a cinco componentes considerados básicos na unidade e funcionalidade de qualquer família, ou seja, adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutiva. Seu escore final pode variar de 0 a 20 pontos diante da somatória de todas as questões respondidas. Sendo assim, a

funcionalidade familiar pode ser classificada como: elevada disfunção familiar (0 – 8 pontos), moderada disfunção familiar (9 – 12 pontos) e boa funcionalidade familiar (13 – 20 pontos) (DUARTE, 2001).

Escala de Depressão em Geriatria (GDS)- 15 (ANEXO G): foi elaborada por Yesavage et al. (1983) e validada por Almeida e Almeida (1999) para uso no contexto brasileiro. O instrumento é utilizado para rastrear a presença de sintomas depressivos. Possui 15 questões, com opções de respostas “sim” ou “não”. O escore total pode variar de 0 a 15 pontos. Ao final o resultado pode ser categorizado em: ausência de sintomas depressivos (0 a 5 pontos); sintomas depressivos leves (6 a 10 pontos); e sintomas depressivos severos (11 a 15 pontos) (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

5.7 Análise dos dados

Na análise descritiva dos dados foram estimadas as proporções e as diferenças entre os grupos foram analisadas utilizando-se os testes Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher. Adotou-se o nível de significância de 5%. Os dados obtidos foram codificados e digitados em planilha eletrônica com dupla entrada e analisados com apoio do pacote estatístico Stata versão 13.

6 RESULTADOS

A amostra deste estudo foi constituída por 65 idosos cuidadores. A tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos idosos cuidadores participantes.

Tabela 1 – Distribuição dos idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social segundo aspectos sociodemográficos. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=65)

Variáveis	Categorias	n (%) ou média (DP)
Sexo	Masculino	28 (43,1)
	Feminino	37 (56,9)
Idade (anos)		69,1 (6,4)
Faixa etária	60 a 74 anos	51 (78,5)
	75 anos ou mais	14 (21,5)
Situação conjugal	Com companheiro	61 (93,9)
	Sem companheiro	4 (6,1)
Anos de estudo		3,1 (2,8)
Religião	Católico	36 (55,4)
	Evangélico	21 (32,3)
	Outras	5 (7,7)
	Não possui	3 (4,6)
Raça/Cor	Branca	21 (32,3)
	Preta	7 (10,8)
	Parda	34 (52,3)
	Indígena	1 (1,5)
	Amarela	2 (3,1)
Renda pessoal		1.240,44 (1.006,70)
Renda familiar		2.390,49 (1.162,54)
Aposentadoria	Sim	48 (73,8)
	Não	17 (26,2)

Fonte: Dados da pesquisa, 2020. DP – Desvio Padrão

Cerca de 98,8% deles residiam com o companheiro, 29,2% com filhos e 15,4% com netos. Havia, em média, 2,8 moradores no mesmo domicílio (dp=1,3). A tabela 2 apresenta os aspectos de saúde dos idosos cuidadores em contexto de alta vulnerabilidade social.

Tabela 2 – Distribuição dos idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social segundo aspectos de saúde, sintomas depressivos, qualidade do sono e capacidade funcional. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=65)

Variáveis	Categorias	n (%) ou média (DP)
Multimorbidade	Não	3 (4,6)
	Sim	62 (95,4)
Uso de medicamentos	Dois ou mais	47 (72,3)
	Um	10 (15,4)
	Nenhum	8 (12,3)
Dor	Sim	59 (90,8)
	Não	6 (9,2)
Sintomas depressivos	Sintomas depressivos severos	5 (7,7)
	Sintomas depressivos leves	15 (23,1)
	Ausência de sintomas depressivos	45 (69,2)
Nº de sintomas depressivos		4,6 (3,4)
Qualidade do sono	Ruim	33 (50,8)
	Boa	17 (26,1)
	Presença de distúrbio do sono	15 (23,1)
Escore total de qualidade do sono		7,3 (4,1)
ABVD	Independência	48 (73,9)
	Dependência em uma atividade	16 (24,6)
	Dependência em duas atividades	1 (1,5)
AIVD	Dependência parcial	41 (63,1)
	Independência	24 (36,9)

Fonte: Dados da pesquisa, 2020. DP – Desvio Padrão; ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária; AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária;

Em relação ao Índice de Massa Corporal, 49,2% dos idosos cuidadores estavam com sobrepeso e 41,5% eutróficos. Cerca de 24,6% tinham plano de saúde particular. Ressalta-se que 75,4% não praticavam atividade física, 83,1% não fumavam e nem consumiam bebida alcoólica. A tabela 3 apresenta características relacionadas ao contexto de cuidado dos idosos cuidadores em situação de alta vulnerabilidade social.

Tabela 3 – Características relacionadas ao contexto de cuidado dos idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=65)

Variáveis	Categorias	n (%) ou média (DP)
Quem recebe o cuidado	Cônjuge	58 (89,3)
	Pai/Mãe	3 (4,6)

	Sogro/Sogra	1 (1,5)
	Irmão/Irmã	1 (1,5)
	Outro	2 (3,1)
<hr/>		
Tempo de cuidado (anos)		11,1 (12,8)
<hr/>		
Horas diárias de cuidado		17,9 (8,3)
<hr/>		
Dias semanais de cuidado		6,9 (0,4)
<hr/>		
Treinamento prévio	Não	63 (96,9)
	Sim	2 (3,1)
<hr/>		
Recebe ajuda no cuidado	Não	38 (58,5)
	Sim	27 (41,5)
<hr/>		

Fonte: Dados da pesquisa, 2020. DP – Desvio Padrão

Em relação à funcionalidade familiar, 66,2% dos idosos cuidadores apresentaram boa funcionalidade familiar, 16,9% moderada disfunção e 16,9% elevada disfunção familiar. A tabela 4 apresenta a relação entre a funcionalidade familiar e o sono de idosos cuidadores.

Tabela 4 – Distribuição percentual dos idosos cuidadores segundo características do sono e funcionalidade familiar. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=65).

Variável	n (%)	Funcionalidade Familiar			p
		Elevada disfunção n (%)	Moderada disfunção n (%)	Boa funcionalidade n (%)	
Qualidade do sono*					
Boa	17(26,1)	3(17,7)	4(23,5)	10(58,8)	0,775
Ruim	33(50,8)	5(15,2)	4(12,1)	24(72,7)	
Presença de distúrbio do sono	15(23,1)	3(20,0)	3(20,0)	9(60,0)	
Qualidade Subjetiva do sono					
Boa	43(66,1)	7(16,3)	8(18,6)	28(65,1)	0,930
Má	22(33,9)	4(18,2)	3(13,6)	15(68,2)	
Latência do sono					
Curta	46(70,8)	8(17,4)	8(17,4)	30(65,2)	1,000
Longa	19(29,2)	3(15,8)	3(15,8)	13(68,4)	
Duração do sono					
Recomendada	37(56,9)	6(16,2)	8(21,6)	23(62,2)	0,571
Não recomendada	28(43,1)	5(17,9)	3(10,7)	20(71,4)	
Eficiência do sono					
Eficiente	32(49,2)	6(18,8)	5(15,6)	21(65,6)	1,000
Não eficiente	33(50,8)	5(15,1)	6(18,2)	22(66,7)	
Uso de medicação para dormir					
Pouco frequente ou nulo	53(81,5)	9(17,0)	11(20,8)	33(62,2)	0,234
Muito frequente	12(18,5)	2(16,7)	0(0,0)	10(83,3)	

Disfunção diurna					
Pouca indisposição diurna	45(69,2)	6(13,3)	8(17,8)	31(68,9)	0,528
Muita indisposição diurna	20(30,8)	5(25,0)	3(15,0)	12(60,0)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2020. *Escore total. DP – Desvio Padrão

Não foram encontrados resultados estatisticamente significativos entre qualidade do sono, qualidade subjetiva, latência, duração e eficiência do sono. Também não foi observada significância estatística entre uso de medicamentos para dormir, disfunção noturna e funcionalidade familiar. A tabela 5 apresenta a distribuição percentual dos idosos cuidadores em relação aos distúrbios do sono apontados no instrumento PSQI e à funcionalidade familiar.

Tabela 5 – Distribuição percentual dos idosos cuidadores segundo distúrbios do sono e funcionalidade familiar. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=65).

Variável	n (%)	Funcionalidade Familiar			p
		Elevada disfunção n (%)	Moderada disfunção n (%)	Boa funcionalidade n (%)	
Acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo					
Pouco frequente	29(44,6)	5(17,2)	5(17,2)	19(65,6)	1,000
Muito frequente	36(55,4)	6(16,7)	6(16,7)	24(66,7)	
Levantar-se para ir ao banheiro					
Pouco frequente	35(53,8)	6(17,1)	8(22,9)	21(60,0)	0,414
Muito frequente	30(46,2)	5(16,7)	3(10,0)	22(73,3)	
Ter dificuldade para respirar					
Pouco frequente	60(92,3)	10(16,7)	10(16,7)	40(66,6)	1,000
Muito frequente	5(7,7)	1(20,0)	1(20,0)	3(60,0)	
Tossir ou roncar muitas vezes					
Pouco frequente	54(83,1)	8(14,8)	9(16,7)	37(68,5)	0,488
Muito frequente	11(16,9)	3(27,3)	2(18,2)	6(54,5)	
Sentir muito frio					
Pouco frequente	61(93,8)	11(18,0)	10(16,4)	40(65,6)	1,000
Muito frequente	4(6,2)	0(0,0)	1(25,0)	3(75,0)	
Sentir muito calor					
Pouco frequente	49(75,4)	8(16,3)	10(20,4)	31(63,3)	0,485
Muito frequente	16(24,6)	3(18,8)	1(6,2)	12(75,0)	
Ter sonhos ruins ou pesadelos					
Pouco frequente	58(89,2)	10(17,2)	8(13,8)	40(69,0)	0,174
Muito frequente	7(10,8)	1(14,2)	3(42,9)	3(42,9)	
Sentir dores					

Pouco frequente	47(72,3)	8(17,0)	9(19,2)	30(63,8)	0,916
Muito frequente	18(27,7)	3(16,7)	2(11,1)	13(72,2)	
<hr/>					
Outros (preocupação)					
Pouco frequente	55(84,6)	6(10,9)	10(18,2)	39(70,9)	0,019
Muito frequente	10(15,4)	5(50,0)	1(10,0)	4(40,0)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2020. DP – Desvio Padrão

Resultados estatisticamente significantes foram encontrados entre funcionalidade familiar e outros distúrbios do sono, causados por preocupação ($p=0,019$). Houve maior proporção de disfunção familiar entre os idosos cuidadores que apresentavam distúrbios do sono em função de preocupação muito frequente quando comparados aos demais.

7 DISCUSSÃO

Esse estudo investigou a relação entre qualidade do sono e funcionalidade familiar de idosos cuidadores de outros idosos. Não houve relação significativa entre o escore total de qualidade do sono e a funcionalidade familiar. Resultados estatisticamente significantes foram encontrados apenas entre funcionalidade familiar e outros distúrbios do sono, causados por preocupação ($p=0,019$). Houve maior proporção de disfunção familiar entre os idosos cuidadores que apresentavam distúrbios do sono em decorrência de preocupação de muito frequente quando comparados aos demais.

O perfil do idoso cuidador encontrado nesta pesquisa assemelha-se aos resultados de outros estudos. Conforme descrito na literatura nacional e internacional, os cuidadores são em geral mulheres, esposas do idoso receptor de cuidado, de meia idade ou idosas e que cursaram apenas o ensino fundamental incompleto (OLAI et al., 2015; BRIGOLA et al., 2017; OLIVEIRA et al., 2019; PAVARINI et al., 2020).

Em relação aos aspectos de saúde, a maioria dos idosos cuidadores apresentou multimorbidade, autorrelato de dor, fazia uso de dois ou mais medicamentos e possuía dependência parcial para as atividades instrumentais de vida diária. Foram identificados na literatura estudos que corroboram esses achados (SOUZA; SILVA; FIGUEIRA, 2021; GUTIERREZ; FERNANDES; MASCARENHAS, 2017). Pesquisadores apontam que a presença de multimorbidade e de dor em idosos cuidadores pode impactar negativamente o contexto de cuidado, uma vez que pode haver comprometimento físico, cognitivo e emocional (CANTU; ANGEL, 2017; GUTIERREZ; FERNANDES; MASCARENHAS, 2017; JESUS; SANTOS-ORLANDI; ZAZZETTA, 2018; ANDRADE et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2019).

Em relação à qualidade do sono, a maioria dos idosos cuidadores do presente estudo pontuou para má qualidade do sono. Dados divergentes foram identificados na literatura internacional (EKSTRÖM et al., 2020). Talvez essa discrepância tenha sido encontrada em virtude do contexto em que os cuidadores do presente estudo estão inseridos. Acredita-se que o contexto de alta vulnerabilidade social, marcado pela escassez de recursos culturais, recreativos, financeiros, sociais e de saúde, possa expor os indivíduos a danos relacionados à saúde (DALCIN et al., 2016; SANTOS-ORLANDI et al., 2017; JESUS; SANTOS-ORLANDI; ZAZZETTA, 2018; CARMO; GUIZARDI, 2018), incluindo o comprometimento do sono noturno.

Por outro lado, o desempenho da tarefa de cuidar também pode culminar nessa insatisfação em relação ao sono noturno. À medida que os idosos cuidadores exercem

solitariamente o cuidado, sem apoio de outras pessoas e sem preparo prévio, podem manifestar angústias emocionais, ansiedade, sintomas depressivos, o que conseqüentemente afetariam a qualidade do sono noturno (SANTOS-ORLANDI et al., 2019). Isso vai ao encontro das características do contexto de cuidado identificadas nesse estudo, o qual revelou predomínio de cuidadores sem capacitação para o cuidado, que não recebiam ajuda de terceiros, que desenvolviam o cuidado por longos anos, durante várias horas por dia.

Além disso, vale ressaltar que o próprio envelhecimento traz consigo alterações na fisiologia do sono, tais como decréscimo da duração do sono profundo, da secreção de melatonina, desorganização do ritmo circadiano e prejuízo na decodificação de pistas temporais em decorrência do comprometimento dos órgãos do sentido, as quais são capazes de originar queixas sobre o sono noturno (DE LAS DESES, 2018; YAREMCHUK, 2018).

Em relação à funcionalidade familiar, a maioria dos idosos cuidadores do presente estudo apresentou boa funcionalidade. Dados similares foram observados na literatura (LINS; ROSAS; NERI, 2018; PAVARINI et al., 2020).

Uma pesquisa realizada com 148 idosos cuidadores de municípios paulistas teve como objetivo investigar associações entre a satisfação de cuidadores familiares de idosos com as relações familiares; variáveis sociodemográficas; tipos, direções, suficiência e ônus dos apoios familiares; e número de parceiros sociais envolvidos. Os resultados mostraram que a maioria dos idosos cuidadores pontuou para boa funcionalidade familiar. Os fatores associados à alta satisfação com as relações familiares foram: reciprocidade e suficiência do apoio emocional; e ausência de ônus no oferecimento de ajuda instrumental. As autoras concluíram que a qualidade do apoio é mais importante do que a quantidade e que o apoio emocional é o tipo mais considerável, quando se trata da satisfação dos idosos cuidadores em relação à funcionalidade familiar (LINS; ROSAS; NERI, 2018).

Outro estudo nacional, realizado com 298 idosos cuidadores de seus cônjuges, na cidade de São Carlos-SP, teve como objetivo analisar preditores de funcionamento familiar. Os resultados mostraram que a maioria dos idosos pontuou para boa funcionalidade familiar. Altos níveis de estresse, sintomas depressivos e presença de comprometimento cognitivo são preditores de baixos níveis de funcionamento familiar e ter um número maior de filhos previa níveis mais altos de funcionamento familiar (PAVARINI et al., 2020).

Pesquisadores apontam que o predomínio de boa funcionalidade familiar pode ser identificado entre idosos que vivem com seu cônjuge e estão inseridos em arranjos domiciliares mistos. Relações conjugais duradouras trazem tranquilidade para os idosos e estar inserido no contexto domiciliar, em meio a entes queridos, repercute em uma percepção positiva da vida

(RABELO; NERI, 2016; CAMPOS et al., 2017; ELIAS et al., 2018). Essa explicação está em consonância com a amostra do presente estudo, pois a maioria dos idosos cuidadores possuía um companheiro e morava com mais três pessoas, em média, sendo os filhos e netos.

Além disso, a satisfação dos idosos para com o funcionamento familiar pode estar relacionada com a percepção do conforto emocional existente a partir de suas relações com familiares considerados importantes para si. A percepção de que há pessoas disponíveis para auxiliar nas atividades cotidianas é um fator importante que pode proporcionar redução do estresse, aumento do bem-estar psicológico e uma visão positiva sobre o funcionamento familiar. A avaliação positiva da funcionalidade familiar pode significar sucesso e elevado senso de autorrealização (RABELO; NERI, 2016; CAMPOS et al., 2017). Ademais, ausência de sintomas depressivos reflete equilíbrio emocional e tende a influenciar positivamente a percepção do funcionamento familiar (RABELO; NERI, 2016). Esse quesito também está de acordo com o perfil dos idosos cuidadores, haja vista que a maioria não apresentou sintomatologia depressiva.

Bom funcionamento familiar também pode ser verificado em contextos onde os idosos estejam mais ativos fisicamente, ou seja, independentes em relação a atividades básicas e instrumentais de vida diária. A demanda reduzida por parte do idoso que recebe cuidados também influencia na percepção do funcionamento familiar. A dependência é considerada um fator estressor que pode superar os mecanismos de enfrentamento dos familiares desse idoso (RABELO; NERI, 2016). Esse aspecto também vai ao encontro do contexto de cuidado da presente amostra, tendo em vista que a maioria dos idosos que recebe cuidado estava independente para as atividades de vida diária.

No presente estudo, não houve significância estatística entre as variáveis qualidade do sono e funcionalidade familiar. Esse fenômeno pode ser explicado em virtude do reduzido tamanho amostral. Dados divergentes foram descritos na literatura (ZARGAR et al., 2007; ALLSHIRE; BULGARD, 2012; MARTINS, 2016), embora tenham sido realizados com idosos que não são cuidadores.

De acordo com pesquisa realizada nos Estados Unidos, adultos e idosos que apresentam má qualidade do sono referiram insatisfação em relação à funcionalidade familiar. As relações familiares harmoniosas, baseadas no oferecimento de apoio emocional e conforto, podem minimizar os danos decorrentes de eventos estressantes que influenciam o sono. Por outro lado, conflitos familiares podem gerar emoções negativas e impactar direta e negativamente o sono noturno (ALLSHIRE; BULGARD, 2012).

Estudiosos apontam que fatores sociais e familiares também modificam a qualidade do sono (OLIVEIRA et al., 2018). Além disso, referem que relações familiares conflituosas podem exercer um impacto negativo sobre a saúde física, social e emocional dos indivíduos (BAHREMAND et al., 2014). Nesse sentido, o sono dos idosos pode estar prejudicado diante de um contexto disfuncional (AILSHIRE; BURGARG, 2012).

No presente estudo, a única variável do sono que demonstrou significância estatística em relação à funcionalidade familiar foi a existência de preocupação. Houve maior proporção de disfunção familiar entre os idosos cuidadores que apresentavam sono prejudicado em decorrência de preocupação muito frequente quando comparados aos demais.

A literatura aponta que sentimentos de preocupação em virtude de desentendimentos familiares e problemas financeiros são comuns no contexto em que esses idosos estão inseridos, os quais podem gerar ansiedade e, como consequência, danos ao sono noturno. A escassez de recursos financeiros, recorrente em um cenário de alta vulnerabilidade social, é uma das principais causas de preocupação entre os indivíduos. O estresse advindo dessas condições pode ser capaz de prejudicar tanto a funcionalidade familiar quanto o sono noturno (RABELO; NERI, 2015; MAGALHÃES; BRAGA; SILVA, 2019).

O estudo realizado apresentou limitações. O desenho de pesquisa adotado – estudo transversal – não permite a atribuição de causalidade entre as variáveis. Além disso, o reduzido tamanho amostral e o contexto social dos idosos cuidadores participantes da pesquisa foi muito específico, impossibilitando desta forma a generalização dos achados. A escassez de literatura que envolve as variáveis também foi um fator limitante, dificultando a comparação dos achados.

Como pontos fortes destacam-se o caráter inovador da temática estudada e o fato de a avaliação ser realizada com idosos da comunidade, não selecionados a partir de queixas específicas sobre sono ou insatisfação quanto à funcionalidade familiar.

Estudos de intervenção visando melhorias nos aspectos de saúde voltados ao sono e à funcionalidade familiar e estudos longitudinais para verificar a direção da relação entre as variáveis são sugestões para estudos futuros, visando compreender em um contexto mais ampliado como tais variáveis impactam a saúde e a qualidade de vida destes indivíduos. Ainda há que se considerar que a inserção de variáveis como estresse percebido, sobrecarga do cuidador e apoio social também podem contribuir para uma análise mais aprofundada sobre essa relação em estudos posteriores.

Diante do exposto, atividades educacionais como, campanhas, palestras, reuniões e a entrega de material informativo com o objetivo de sensibilizar quanto à importância do sono

noturno de qualidade e seus benefícios para a saúde são estratégias que podem ser utilizadas por profissionais da atenção primária à saúde. Quanto à funcionalidade familiar estratégias como grupos de apoio e visitas domiciliares multiprofissionais também podem ser empregadas por profissionais da rede de atenção.

8 CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu descrever algumas características sociodemográficas, da funcionalidade familiar e da qualidade do sono de idosos cuidadores de idosos inseridos no contexto de alta vulnerabilidade social. Quanto à relação entre funcionalidade familiar e qualidade do sono, não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre tais variáveis, rejeitando a hipótese norteadora do estudo.

Embora os achados não tenham confirmado a hipótese, os dados trazem contribuições relevantes que poderão fomentar políticas públicas e fundamentar o planejamento de ações de melhorias que compreendam este público em específico visando a melhorar as condições sociais e de saúde destes idosos.

REFERÊNCIAS

- AILSHIRE, J.A.; BURGARD, S.A. Family relationships and troubled sleep among US adults: examining the influences of contact frequency and relationship quality. **Journal of Health and Social Behavior**, v.53, n.2, p.248-62, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1177/0022146512446642>
- ALMEIDA, O.P.; ALMEIDA, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 57, p. 421-426, 1999. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>
- ALMONDES, K.M.; LEONARDO, M.E.M.; MOREIRA, A.M.S. Effects of a cognitive training program and sleep hygiene for executive functions and sleep quality in healthy elderly. **Dementia & Neuropsychologia**, v.11, n.1, p.69-78, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-57642016dn11-010011>
- ALVES, D.S.B. *et al.* Demographic aging characterization in the city of Rio de Janeiro: contributions to sustainable public policies. **Cadernos Saúde Coletiva**, v.24, n.1, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600010272>.
- ALVES, E.S. *et al.* Duração do sono noturno e desempenho cognitivo de idosos da comunidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 29, p. e3439-e3439, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4269.3439>
- ALVES, E.S. *et al.* Pain and sleeping problems in the elderly. **Brazilian Journal of Pain**, v.2 n.3, p.217-24, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190039>
- ANDRADE, G.N. *et al.* The pain in elderly caregivers: an integrative review. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v.87, n.25, 2019. DOI: <https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.87-n.25-art.218>
- ARAÚJO, C.L.O.; CEOLIM, M.F. Sleep quality of elders living in long-term care institutions. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.44, n.3, p.619-26, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300010>
- ARAUJO JÚNIOR, F.B. *et al.* Frailty, profile and cognition of elderly residents in a highly socially vulnerability área. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.24, n.8, p.3047-55, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.26412017>
- BAHREMAND, M. *et al.* Relationship between family functioning and mental health considering the mediating role of resiliency in type 2 diabetes mellitus patients. **Global Journal of the Health Science.**, v.7, n.3, p.254-9, 2014. DOI: <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n3p254>
- BARROS, M.F.G. **Determinantes sociais da qualidade de sono dos idosos**. 2013. Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Sociais, Universidade do Minho. Braga, Portugal, 2013. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/28242/1/Maria%20de%20F%c3%a1tima%20Gon%c3%a7alves%20de%20Barros.pdf>

BERTOLAZI, A.N *et al.* Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh sleep quality index. **Sleep Medicine**, v. 12, n. 1, p. 70-75, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.04.020>

BEZERRA, M. A. A. *et al.* Qualidade de vida e qualidade do sono de idosos. **Revista Interdisciplinar Encontro das Ciências**, v.1, n.1, p.1-15, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Marcos-Bezerra-3/publication/330760959_QUALIDADE_DE_VIDA_E_QUALIDADE_DO_SONO_DE_IDOSOS/links/5c5304b492851c22a39e3026/QUALIDADE-DE-VIDA-E-QUALIDADE-DO-SONO-DE-IDOSOS.pdf. Acesso em: jun de 2019.

BRIGOLA, A.G. *et al.* Health profile of family caregivers of the elderly and its association with variables of care: a rural study. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.20, n.3, p.409-20, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160202>

BUYSSE, D.J. *et al.* The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatry Research**, v.28, n.2, p.193-213, 1989. DOI: [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)

CAMPOS, A.C.V. *et al.* Family functioning of Brazilian elderly people living in community. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.30, n.4, p.358-67, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700053>

CANTU, P.A.; ANGEL, J.L. Demography of living arrangements among oldest-old Mexican Americans: evidence from the Hispanic epidemiologic study of the elderly. **Journal of Aging and Health**, v.29, n.6, p.1015-38, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1177/0898264317727790>

CARDONA-ARANGO, D. *et al.* La felicidad como predictor de funcionalidad familiar del adulto mayor em tres ciudades de Colômbia. **Hacia la Promoción de la Salud**, v.24, n.1, p.97-111, 2019. Disponível em <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309159610009>. Acesso em: 26 ago 2021.

CARMO, M.E.D.; GUIZARDI, F.L. The concept of vulnerability and its meanings for public policies in health and social welfare. **Cadernos de Saúde Pública**, v.34, n.3, p. e00101417, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00101417>

CECCON, R.F. Aging and dependence in Brazil: sociodemographic and care characteristics of older adults and caregivers. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 17-26, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30352020>

COSTA; S.V.; CEOLIM, M.F.; NERI, A.L. Sleep problems and social support: Frailty in a Brazilian Elderly Multicenter Study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.19, n.4, p.920-7, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000400010>

CUNHA, C.V.; BERARDINELLI, L.M.M.; SANTO-ESPÍRITO, F.H. A percepção do cuidador de idosos no contexto de sua prática cotidiana em uma instituição de longa permanência. **Revista Enfermagem Atual.**, v.85, n.23, p.21-8, 2018. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/240>. Acesso em: 29 jul. 2020.

DALCIN, C.B. *et al.* Determinantes sociais de saúde que influenciam o processo de viver saudável em uma comunidade vulnerável. **Revista de Enfermagem UFPE**, v.10, n.6, 2016. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11207/12778>. Acesso em: 26 ago 2021.

DE LAS DESES, C.D.H. Alteraciones del sueño en personas adultas mayores. **Revista de la Facultad de Medicina UNAM**, v.61, n.1, p.33-45, 2018. Disponível em:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2018/un181e.pdf>. Acesso em: 26 ago 2021.

DUARTE, Y.A.O. **Família**: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2001.

EKSTRÖM, H. *et al.* High burden among older family caregivers is associated with high prevalence of symptoms: data from the swedish study “Good Aging in Skane (GAS)”. **Journal of Aging Research**, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1155/2020/5272130>

ELIAS, H.C. *et al.* Relation between family functionality and the household arrangements of the elderly. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.21, n.5, p.562-9, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180081>

FACO, V.M.G.; MELCHIORI, L.E. Conceito de família: adolescentes de zonas rural e urbana. In: VALLE, T.G.M. (org). **Aprendizagem e desenvolvimento humano**: avaliações e intervenções. São Paulo: Cultura Acadêmica, p.121-35, 2009. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/krj5p/pdf/valle-9788598605999-07.pdf>. Acesso em: setembro de 2019.

FELIPPI, G.; ITAQUI, L.G. Transformações dos laços vinculares na família: uma perspectiva psicanalítica. **Pensando Famílias**, v.19, n.1, p.105-13, 2015. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2015000100009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: agosto de 2019.

FERREIRA, C.R.; ISAAC, L.; XIMENES, V.S. Cuidar de idosos: um assunto de mulher? **Estudo Interdisciplinar de Psicologia**, v.9, n.1, p.108-25, 2018. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eip/v9n1/a07.pdf>. Acesso em: 26 ago 2021.

FUNDAÇÃO SEADE. **Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS**. Espaços e dimensões da pobreza nos municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, 2010.

GEIB, L.T.C. *et al.* Sono e envelhecimento. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.25, n.3, p.453-65, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082003000300007>

GUERRA, S. H. *et al.* The burden of home caregivers. **Revista Brasileira de Promoção a Saúde**, v.30, n.2, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6043>. Acesso em: 26 ago 2021.

GUTIERREZ, L.L.P.; FERNANDES, N.R.M; MASCARENHAS, M. Caracterização de cuidadores de idosos da região metropolitana de Porto Alegre (RS): perfil do cuidado. **Saúde em Debate**, v. 41, n.114, p. 885-98, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711417>

GULIA, K.K.; KUMAR, V.M. Sleep disorders in the elderly: a growing challenge. **Psychogeriatrics**, v.18, n.3, p.155-65, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1111/psyg.12319>

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: julho de 2019.

JESUS, I.T.M.; SANTOS-ORLANDI, A.A.; ZAZZETTA, M.S. Burden, profile and care: caregivers of socially vulnerable elderly persons. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.21, n.2, p.194-204, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170155>

KATZ, S. *et al.* Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **The Journal of the American Medical Association**, v.185, n.12, p.914-9, 1963. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>

LAMB, A. E. *et al.* Family functioning mediates adaptation in caregivers of individuals with Rett syndrome. **Patient Education and Counseling**, v.99, n.11, p.1873-9, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.06.018>

LAWTON, M.P; BRODY, E.M. Assessment of folder people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, v9, p.179-186, 1969. DOI: https://psycnet.apa.org/doi/10.1093/geront/9.3_Part_1.179

LEMOS, L.C. *et al.* Controle percebido em cuidadores de idosos no contexto familiar: variáveis associadas. **Psico**, v. 51, n. 1, p. e33690-e33690, 2020. DOI: <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2020.1.33690>

LINO, V.T.S. *et al.* Cross-cultural adaptation of the independence in activities of Daily Living Index (Katz Index). **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.1, p.103-12, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/09.pdf>. Acesso em: 12 novembro 2020.

LINS, A.E.S.; ROSAS, C.; NERI, A.L. Satisfaction with family relations and support according to elderly persons caring for elderly relatives. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.21, n.3, p.341-52, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170177>

MAGALHÃES, N.L.; BRAGA, V.A.; SILVA, F.M.S. Avaliação da qualidade do sono em idosos atendidos em uma clínica escola de fisioterapia. **Revista Interdisciplinar**, v.12, n.2, p.44-52, 2019. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7868622>. Acesso em: 06 jul. 2021.

MAGAÑA, I.; MARTÍNEZ, P.; LOYOLA, M.S. Health outcomes of unpaid caregivers in low-and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Clinical Nursing**, v. 29, n. 21-22, p. 3950-3965, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.15450>

MARTINS, R. *et al.* Perturbações do sono em adultos idosos hospitalizados. **Gestão e Desenvolvimento**, v.24, p.109-22, 2016. DOI: <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2016.286>

MINAYO, M. C. S. Caring for those who care for dependent older adults: for a necessary and urgent policy. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 7-15, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30872020>

NUNES, D.P *et al.* Caregivers of elderly and excessive tension associated to care: evidence of the Sabe Study. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.21, p.e180020, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180020.supl.2>

OLAI, L.; BORGQUIST, L.; SVÄRDSUDD, K. Life situations and the care burden for stroke patients and their informal caregivers in a prospective cohort study. **Uppsala Journal of Medical Sciences**, v.120, n.4, p.290-8, 2015. DOI: <https://doi.org/10.3109/03009734.2015.1049388>

OLIVEIRA, M.S. *et al.* Qualidade de vida de idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Redes**, v.4, n.2, p.85-97, 2018. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/906/284>
Aceso em: 26 ago 2021.

OLIVEIRA, N.A. *et al.* Stress and optimism of elderlies who are caregivers for elderlies and live with children. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.70, n.4, p.697-703, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0088>

OLIVEIRA, N.A. *et al.* Senior caregivers in different housing arrangements: comparison of health and care profiles. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.40, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180225>

PARENTE, A.S.; PARENTE, A.S.; VIEIRA, M.C.A. Perfil de morbidade e custos hospitalares com idosos no estado de Pernambuco. **Revista Kairós: Gerontologia**, v.21, n.1, p.71-91, 2018. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/37941/25637>. Acesso em: 26 ago 2021.

PAVARINI, S.C.I. *et al.* Social and health-related predictors of family function in older spousal caregivers: a cross-sectional study. **Dementia & Neuropsychologia**, v.14, n.4 p.372-8, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-57642020dn14-040007>

PEREIRA, R.A.; ALVES-SOUZA, R.A.; VALE, J.S. O processo de transição epidemiológica no Brasil: uma revisão de literatura. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, v.6, n.1, p.99-108, 2015. Disponível em: <http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/322>
Acesso em: 26 ago 2021.

QUINHONES, M.S.; GOMES, M.M. Sono no envelhecimento normal e patológico: aspectos clínicos e fisiopatológicos. **Revista Brasileira de Neurologia**, v.47, n.1, p.31-42, 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2011/v47n1/a2021.pdf>. Acesso em: 26 ago 2021.

RABELO, D.F.; NERI, A.L. The household arrangements, physical and psychological health of the elderly and their satisfaction with family relationships. **Revista Brasileira de Geriatria**

e **Gerontologia**, v.18, n.3, p.507-19, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14120>

RABELO, D.F.; NERI, A.L. Avaliação das relações familiares por idosos com diferentes condições sociodemográficas e de saúde. **Psicologia-USF**, v.21, n.3, p.663-75, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-82712016210318>

RAMÍREZ-PEREIRA, M. *et al.* Mayores cuidando mayores: sus percepciones desde una mirada integral. **Enfermería: Cuidados Humanizados**, v.7, n.2, p.83-108, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.22235/ech.v7i2.1653>

RODRIGUEZ, B.C.; GOMES, I.C.; OLIVEIRA, D.P. Família e nomeação na contemporaneidade: uma reflexão psicanalítica. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v.8, n.1, p.135-50, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eip/v8n1/a09.pdf>. Acesso em: 26 ago 2021.

SANTOS, A.A.; PAVARINI, S.C.I. Family functionality regarding the elderly with cognitive impairments: the caretaker's perception. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.46, n.5, p.1141-7, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000500015>

SANTOS, W.P. *et al.* Sobrecarga de cuidadores idosos que cuidam de idosos dependentes. **Revista Cuidarte**, v.10, n.2, 2019. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.607>

SANTOS-ORLANDI, A.A. *et al.* Elderly caregivers of the elderly: frailty, loneliness and depressive symptoms. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.72, p.88-96, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0137>

SANTOS-ORLANDI, A.A. *et al.* Profile of older adults caring for other older adults in contexts of high social vulnerability. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.e20170013, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/8MFh56zvh5PBTMCq5ZLzGLp/?lang=en>. Acesso em: 26 ago 2021.

SANTOS, R.L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J.S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais de vida diária. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v.21, n.4, p.290-296, 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40811508010>. Acesso em: 16 jul 2019

SÃO CARLOS. Prefeitura Municipal de São Carlos [internet]. São Carlos (SP). Disponível em: www.saocarlos.sp.gov.br. Acesso em: 13 fev. 2019.

SILVA, M.J. *et al.* Analysis of psychometric properties of family APGAR with elderly in northeast Brazil. **Escola Anna Nery**, v.18, n.3, p.527-32, 2014. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140075>

SILVA, M.C.M.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; CASTRO, E.A.B. Elderly caring for the elderly: spirituality as tensions relief. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.71, p.2461-8, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0370>

SMILKSTEIN, G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. **The Journal of Family Practice**, v.6, n.6, p.1231-9, 1978. Disponível em: https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/ifp-archived-issues/1978-volume_6-7/JFP_1978-06_v6_i6_the-family-apgar-a-proposal-for-a-family.pdf. Acesso em: 26 ago 2021.

SOUZA, C.M.B. Família na contemporaneidade: mudanças e permanências. **Caderno CRH**, v.21, n.54, p.623-5, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-49792008000300014>

SOUZA, B.G; SILVA, J.G; FIGUEIRA, T.G. Avaliação do perfil de idosos cuidadores de idosos: Estudo preliminar. **Revista Longevidade**, n.10, p.25-34, 2021. Disponível em: <https://revistalongevidade.com.br/index.php/revistaportal/article/viewFile/889/952>

VERA, I. *et al.* Using the family APGAR score to evaluate family relationships in the elderly: an integrative review. **Revista Enfermagem**. v.16, n.1, p.199-210, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.22514>

VERAS, R.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, p.1929-36, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>

VIEIRA, C.P.B. *et al.* Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.64, n.3, p.570-9, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000300023>

WANG, Y. *et al.* Family functioning, marital quality and social support in Chinese patients with epilepsy. **Health Qual Life Outcomes**, v.13, n.10, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0208-6>

WASER, M. *et al.* Sleep efficiency and neurophysiological patterns in middle aged men are associated with cognitive change over their adult life course. **Journal of Sleep Research**, v.28, n.4, p.e12793, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1111/jsr.12793>

YAREMCHUK, K. Sleep disorders in the elderly. **Clinics in Geriatric Medicine**, v.34, n.2, p.205-16, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.01.008>

YESAVAGE, J.A. *et al.* Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **Journal of Psychiatric Research**, v.17, n.1, p.37-49, 1983. DOI: [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)

ZARGAR, F. *et al.* The comparison of family functioning in patients with major depressive disorder and physically ill patients with no-psychiatric disorder in Isfahan. **Journal of Research in Behavioural Sciences**, v.5, n.10, p.99-106, 2007. Disponível em: <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=137485>. Acesso em: 26 ago 2021.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Resolução 466/2012 do CNS)****FATORES ASSOCIADOS À MÁ QUALIDADE DO SONO DE IDOSOS
CUIDADORES**

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Fatores associados à má qualidade do sono de idosos cuidadores”.

O objetivo deste estudo é identificar os fatores associados à má qualidade do sono de idosos que cuidam de outros idosos, cadastrados nas Unidades de Saúde da Família de São Carlos. O (a) senhor (a) foi selecionado (a) por ser usuário de uma Unidade de Saúde da Família do município, ter mais de 60 anos, morar com uma pessoa idosa e cuidar dela. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os dados.

A coleta de dados será composta por 17 questionários. Inicialmente, serão coletadas informações para sua identificação, além de alguns dados clínicos e relacionados ao cuidado ao idoso. Em seguida, será avaliado seu estado de humor, sono, cognição, fragilidade física, capacidade para realizar atividades de vida diária, qualidade de vida, nível de felicidade, satisfação com a vida, ânimos, apoio social e funcionamento da sua família. Além disso, o(a) senhor(a) deverá apertar um aparelho manual (conhecido como dinamômetro) para medirmos a sua força e andar alguns metros para avaliarmos sua marcha. O tempo utilizado para coleta dos dados será de aproximadamente 1 hora e 30 minutos.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

O preenchimento destes questionários não oferece risco imediato ao (a) senhor (a), porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter a algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar a um leve cansaço após responder os questionários. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, o senhor (a) poderá optar pela suspensão imediata da entrevista. O senhor (a) não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo.

Este trabalho poderá contribuir de forma indireta na ampliação do conhecimento sobre o sono, além de auxiliar no conhecimento científico sobre a compreensão da situação do cuidado ao idoso pelo familiar cuidador que também é idoso.

O (a) senhor (a) receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. O (a) senhor (a) poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 — Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador Responsável: Ariene Angelini dos Santos Orlandi

Endereço: Rua Humberto Manelli, 116. Jardim Gibertoni. São Carlos – SP.

Contato telefônico: (16) 3351-9437

E-mail: arieneangelini@yahoo.com.br

São Carlos, _____ de _____ de 2019.

Ariene A. dos Santos Orlandi

Nome do Pesquisador


Assinatura do Pesquisador

Nome do Participante

Assinatura do Participante

**APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS E DO
CONTEXTO DE CUIDADO**

Data da entrevista: _____ / _____ / _____

Nome do Entrevistador: _____

Contato do Entrevistador: _____

Hora de início: _____

Hora de Término: _____

Nome completo do entrevistado: _____

Telefone do(a) entrevistado (a): _____

Endereço: (rua, número externo e interno, CEP): _____

Outros contatos do entrevistado:

1. Nome: _____ Parentesco com o idoso: _____

Telefones de contato: _____

2. Nome: _____ Parentesco com o idoso: _____

Telefones de contato: _____

Observações:

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. Sexo: (1) Masculino
(2) Feminino

2. Data de Nascimento: ____/____/____

2a. Idade: ____ anos

3. Estado Civil: (1) Casado ou vive com companheiro
(2) Solteiro
(3) Divorciado/ separado/ desquitado
(4) Viúvo
(99) NR

4. Trabalha atualmente: (1) Sim
(0) Não
(99) NR

Vá para a questão 5

4a. O que faz? _____

5. Aposentado ou pensionista: (1) Sim
(0) Não
(99) NR

6. Escolaridade:

6a. Número de anos de estudo: _____ anos

6b. (1) Nunca foi à escola (nunca chegou a concluir a 1ª série primária ou o curso de alfabetização de adultos)
(2) Curso de alfabetização de adultos
(3) Primário (atual nível fundamental, 1ª a 4ª série)
(4) Ginásio (atual nível fundamental, 5ª a 8ª série)
(5) Científico, clássico (atuais curso colegial ou normal, curso de magistério, curso técnico)
(6) Curso superior
(7) Pós-graduação, com obtenção do título de Mestre ou Doutor
(99) NR

7. Religião: (1) Católico (6) Protestante
(2) Evangélico (7) Budista
(3) Congregação Cristã (8) Umbanda
(4) Adventista (9) Não possui
(5) Espírita (99) NR
(100) Outros: _____

7a. Praticante: (1) Sim
(0) Não
(99) NR

Vá para a questão 8

7b. Se praticante, há quantos anos: (1) Menos de 1 ano
(2) 1 a 4 anos
(3) 5 a 9 anos
(4) Mais de 10 anos
(99) Não respondeu

8. Raça/ Cor: (1) Branca
(2) Preta
(3) Mulata/ cabocla/ parda

- (4) Indígena
 (5) Amarela/ oriental
 (99) NR

9. Renda do cuidador (em reais): _____
 (99) NR

10. Renda familiar mensal (em reais): _____
 (99) NR

11. Considera a renda suficiente? (1) Sim
 (0) Não
 (99) NR

12. É o responsável pelo sustento da casa? (1) Sim
 (0) Não
 (99) NR

13. Número de pessoas que moram na casa: _____ pessoas
 (99) NR

14. Número de filhos vivos: _____ filhos vivos
 (99) NR

15. Com quem mora?	Sim	Não	NR
Mãe/Pai	(1)	(0)	(99)
Marido/ mulher/ companheiro	(1)	(0)	(99)
Filhos/ enteados	(1)	(0)	(99)
Netos	(1)	(0)	(99)
Bisnetos	(1)	(0)	(99)
Outros parentes	(1)	(0)	(99)
Outros (amigos, empregado)	(1)	(0)	(99)

16. É proprietário de sua residência? (1) Sim
 (0) Não
 (99) NR

17. Possui plano particular de saúde? (1) Sim
 (0) Não
 (99) NR

18. Sofreu quedas no último ano? (1) Sim
 (0) Não
 (99) NR

Vá para a questão 19

18a. Quantas quedas sofreu no último ano? _____ quedas

19. Precizou ser internado no último ano? (1) Sim
 (0) Não
 (99) NR

Vá para a questão 20

19a. Quantas vezes foi internado no último ano? _____ vezes

20. Possui alguma dessas doenças?

	NÃO	SIM	NS/NR
20a. Anemia	0	1	99
20b. Ansiedade/transtorno do pânico	0	1	99
20c. Artrite(reumatóide/osteoartrite/artrose)	0	1	99
20d. Audição prejudicada	0	1	99
20e. Câncer - Qual? _____	0	1	99
20f. Problemas pulmonares (enfisema, bronquite, asma, etc.)	0	1	99
20g. Diabetes Mellitus	0	1	99
20h. Depressão	0	1	99
20i. Acidente Vascular Cerebral	0	1	99
20j. Doença cardíaca	0	1	99
20k. Doença Gastrointestinal Alta (úlceras, hérnia, refluxo)	0	1	99
20l. Doença vascular periférica (varizes)	0	1	99
20m. Doença Neurológica (Parkinson/Esclerose)	0	1	99
20n. Hipertensão arterial	0	1	99
20o. Incontinência urinária e/ou fecal	0	1	99
20p. Obesidade	0	1	99
20q. Osteoporose	0	1	99
20r. Problemas de coluna	0	1	99
20s. Visão prejudicada (catarata, glaucoma, miopia, astigmatismo, hipermetropia)	0	1	99
20t. Tontura (labirintite, vertigens)	0	1	99
20u. Dislipidemia (colesterol, triglicérides)	0	1	99
20v. Outras – Qual? _____	0	1	99

21a. Faz uso de medicação para tratamento de alguma doença/condição? (1) Sim
(0) Não
(99) NR

Vá para a questão 21c

21b. Número de medicamentos que usa: _____ medicamentos

21c. Faz uso de medicação para dormir? Exemplos: ansiolíticos, benzodiazepínicos (“faixa preta”, “calmante”).

(1) Sim
(0) Não
(99) NR

Vá para a questão 22

21d. Qual medicamento usa para dormir? _____

22. Pratica atividade física? (1) Sim
(0) Não
(99) NR

Vá para a questão 23

22a. Quanto tempo de atividade física pratica por semana? (1) \geq 150 minutos / semana
(0) $<$ 150 minutos / semana

22b. Qual período em que pratica atividade física? (1) manhã
(2) tarde
(3) noite

23. É tabagista? (1) Sim
(0) Não
(99) NR

→ Vá para a questão 24

23a. Quantos cigarros fuma por dia: _____ cigarros

24. Consome bebida alcoólica? (1) Sim
(0) Não
(99) NR

→ Vá para a questão 25

24a. Que tipo de bebida ingere: (1) cerveja
(2) pinga
(3) vodca
(4) vinho
(5) outro: _____

25. Consome café diariamente? (1) Sim
(0) Não
(99) NR

→ Vá para a questão 26

25a. Quantos mililitros (ml) de café consome por dia? _____ ml

26. Faz uso dos seguintes alimentos?

- | | | | |
|--------------------|---------|---------|---------|
| 26a. Chá verde | (0) Não | (1) Sim | (99) NR |
| 26b. Chá mate | (0) Não | (1) Sim | (99) NR |
| 26c. Chá preto | (0) Não | (1) Sim | (99) NR |
| 26d. Chocolate | (0) Não | (1) Sim | (99) NR |
| 26e. Gengibre | (0) Não | (1) Sim | (99) NR |
| 26f. Pimentas | (0) Não | (1) Sim | (99) NR |
| 26g. Guaraná em pó | (0) Não | (1) Sim | (99) NR |

CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADO

1. O Sr(a) está cuidando do seu(a): (1) Cônjuge
(2) Pai/mãe
(3) Sogro/sogra
(4) Irmão/irmã
(5) Outro (especificar): _____
2. Há quanto tempo o Sr(a) é o cuidador do idoso(a)? _____ meses
3. Quantas horas por dia o Sr(a) se dedica ao cuidado do idoso(a)? _____ horas
4. Quantos dias na semana o Sr(a) se dedica ao cuidado do idoso(a)? _____ dias
5. Quantos dias no final de semana o Sr(a) se dedica ao cuidado do idoso(a)? _____ dias
6. O Sr(a) participou de algum curso/treinamento para cuidar do idoso(a)? (1) Sim
(0) Não
(99) NR
7. O Sr(a) recebe ajuda para com o cuidado ao idoso: (1) Sim
(0) Não → Vá para a questão 8
(99) NR
- 7a. Recebe ajuda material/ financeira (0) Não (1) Sim, suficiente (2) Sim, insuficiente (99) NR
- 7b. Recebe ajuda afetiva/emocional (0) Não (1) Sim, suficiente (2) Sim, insuficiente (99) NR
- 7c. Recebe ajuda nas AVD (0) Não (1) Sim, suficiente (2) Sim, insuficiente (99) NR
8. O Sr(a) recebe apoio de entidades para o cuidado do idoso(a)? (1) Sim
(0) Não
(99) NR
- 8a. Grupos religiosos/ Igreja/ Voluntariado (1) Sim (0) Não (99) NR
- 8b. Instituições de saúde. (1) Sim (0) Não (99) NR
- 8c. Serviço de assistência social. (1) Sim (0) Não (99) NR

**ANEXO A - ESCALA DE INDEPENDÊNCIA EM ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA
DE KATZ**

ÁREA DE FUNCIONAMENTO	DEPENDÊNCIA / INDEPENDÊNCIA
Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro).	(I) Não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho). (I) Recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo como, por exemplo, as costas ou uma perna. (D) Recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho.
Vestir-se (pega roupas, inclusive, peças íntimas, nos armários e gavetas e manuseia fechos, inclusive os de órteses, quando forem utilizadas).	(I) Pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda. (I) Pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos. (D) Recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa.
Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar, higiene íntima e arrumação de roupas).	(I) Vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã). (D) Recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite. (D) Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas.
Transferências.	(I) Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador). (D) Deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda. (D) Não sai da cama.
Continência.	(I) Controla inteiramente a micção e a evacuação. (D) Tem “acidentes” ocasionais. (D) Necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente.
Alimentação.	(I) Alimenta-se sem ajuda. (I) Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão. (D) Recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de cateteres ou fluidos intravenosos.

Resultado:	
0	Independente em todas as funções
1	Independente em cinco funções e dependente em uma função
2	Independente em quatro funções e dependente em duas
3	Independente em três funções e dependente em três
4	Independente em duas funções e dependente em quatro
5	Independente em uma função e dependente em cinco
6	Dependente em todas as seis funções

**ANEXO B – ESCALA DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA DE
LAWTON E BRODY**

ATIVIDADE	ESCORE
Em relação ao uso do telefone	(3) Recebe e faz ligações sem assistência (2) Necessita de assistência para realizar ligações telefônicas (1) Não tem o hábito ou é incapaz de usar o telefone
Em relação às viagens	(3) Realiza viagens sozinho (2) Somente viaja quando tem companhia (1) Não tem o hábito ou é incapaz de viajar
Em relação à realização de compras	(3) Realiza compras, quando é fornecido o transporte (2) Somente faz compra quando tem companhia (1) Não tem hábito ou é incapaz de realizar compras
Em relação ao preparo de refeições	(3) Planeja e cozinha as refeições completas (2) Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda (1) Não tem o hábito ou é incapaz de preparar refeições.
Em relação ao trabalho doméstico	(3) Realiza tarefas pesadas (2) Realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas (1) Não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalho doméstico
Em relação ao uso de medicamentos	(3) Faz uso de medicamento sem assistência (2) Necessita de lembretes ou de assistência (1) É incapaz de controlar sozinho o uso de medicamentos
Em relação ao manejo do dinheiro	(3) Preenche cheque e a as contas sem auxílio (2) Necessita de assistência para o uso de cheque e contas (1) Não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro e contas

Classificação:	
(1)	Dependência total (7 pontos)
(2)	Dependência parcial (de 8 a 20 pontos)
(3)	Independência (21 pontos)

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO CARLOS

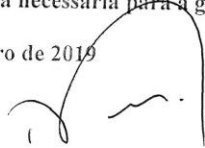
CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar),

Prezado Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar, na função de representante legal da Secretaria Municipal de Saúde, informo que o projeto de pesquisa do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Enfermagem intitulado “**Fatores associados à má qualidade do sono de idosos cuidadores**” apresentado pela pesquisadora Profa. Dra. Ariene Angelini dos Santos Orlandi submetido à chamada MCTIC/CNPq no 28/2018 –Universal/ Faixa A /Vigência 2019-2021 e que tem como objetivo geral: identificar os fatores associados à má qualidade do sono de idosos cuidadores, foi analisado e considerando que o mesmo siga os preceitos éticos descritos pela resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, fica autorizada a realização do referido projeto apenas após a apresentação do parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar.

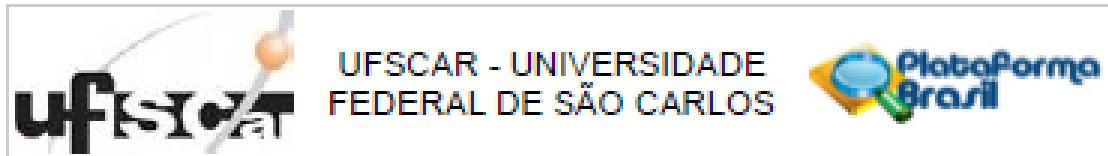
“Declaro ler e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

São Carlos, 21 de Dezembro de 2019



Marcos Antonio Palermo
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO D – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores associados à má qualidade do sono de idosos cuidadores

Pesquisador: ARIENE ANGELINI DOS SANTOS ORLANDI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08175419.5.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO
Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.275.704

Apresentação do Projeto:

Em virtude da maior longevidade da população e da maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), muitos idosos podem apresentar um declínio no seu desempenho funcional, ocasionando assim uma condição de dependência e conseqüentemente a necessidade de um cuidador. A má qualidade do sono pode ser considerada um importante problema de saúde pública devido à alta prevalência entre os idosos e aos efeitos negativos sobre o bem-estar dos indivíduos cuidadores de idosos. Sendo assim, mediante a identificação precoce dessa condição e de seus fatores associados, intervenções podem ser planejadas no sentido de reduzir os gastos com os serviços de saúde e melhorar a qualidade de vida desses indivíduos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Identificar os fatores associados à má qualidade do sono de idosos cuidadores.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar os idosos cuidadores quanto aos aspectos sociodemográficos e de saúde.- Descrever a qualidade do sono dos idosos cuidadores. -

Determinar o fenótipo de fragilidade dos idosos cuidadores.- Avaliar a condição cognitiva, o humor, o estresse percebido, a sobrecarga, a capacidade funcional, a funcionalidade familiar, a qualidade de vida, o apoio social, o nível de felicidade, a satisfação com a vida e os afetos

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-005

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-0683

E-mail: cephumanos@ufscar.br



UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 3.275.704

positivos e negativos dos idosos cuidadores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: "Os participantes poderão se expor a riscos mínimos ao responder as perguntas, tais como cansaço, desconforto pelo tempo gasto com os instrumentos de avaliação ou relembrar algumas sensações desagradáveis diante das perguntas."

Benefícios Indiretos: "Este trabalho trará importantes contribuições para o conhecimento da saúde do idoso cuidador de outro idoso e ajudará na detecção de um sono de má qualidade".

Benefício direto: Caso seja detectada má qualidade do sono, "o participante será encaminhado à equipe da Unidade de Saúde da Família."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância científica e social, com elucidação da interação ensino-serviço e da devolutiva para o serviço nos Resultados Esperados. O Método consta da aplicação de 17 instrumentos que podem "gerar desconforto pelo tempo gasto com os instrumentos de avaliação", mas foram justificados tecnicamente pelos Pesquisadores como essenciais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequações solicitadas foram adequadas pelos pesquisadores.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1289359.pdf	16/03/2019 10:24:55		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Justificativa_instrumentos.docx	16/03/2019 10:24:05	ARIENE ANGELINI DOS SANTOS ORLANDI	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCE_UNIVERSAL_ADEQUADO.pdf	16/03/2019 10:23:51	ARIENE ANGELINI DOS SANTOS ORLANDI	Aceito
Outros	SMS_UNIVERSAL.pdf	29/01/2019 15:00:26	ARIENE ANGELINI DOS SANTOS ORLANDI	Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

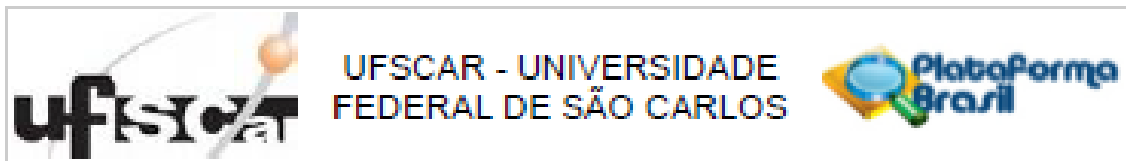
CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-0683

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.275.704

Folha de Rosto	Folha_rosto_CEP_Universal_assinada.pdf	29/01/2019 14:48:32	ARIENE ANGELINI DOS SANTOS ORLANDI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_UNIVERSAL_CEP.pdf	26/01/2019 20:30:26	ARIENE ANGELINI DOS SANTOS ORLANDI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SÃO CARLOS, 22 de Abril de 2019

Assinado por:
Priscilla Hortense
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
UF: SP Município: SÃO CARLOS
Telefone: (18)3351-0683 E-mail: cephumanos@ufscar.br

ANEXO E - ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH

As seguintes perguntas são relativas aos seus hábitos de sono durante o mês passado. Suas respostas devem indicar a lembrança mais exata do que aconteceu na maioria dos dias e noites do mês passado. Por favor, responda todas as perguntas!

1. Durante o mês passado, a que horas você foi deitar à noite na maioria das vezes?

HORÁRIO DE DEITAR: _____

2. Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) você demorou para pegar no sono, na maioria das vezes?

QUANTOS MINUTOS DEMOROU PARA PEGAR NO SONO: _____

(0) < ou 15 minutos (1) 16-30 minutos (2) 31-60 minutos (3) >60 minutos

3. Durante o mês passado, a que horas você acordou de manhã, na maioria das vezes?

HORÁRIO DE ACORDAR: _____

4. Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite você dormiu? (pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama)

HORAS DE SONO POR NOITE: _____

(0) >7 horas (1) 6-6,9 horas (2) 5-5,9 horas (3) < 5 horas

Para cada uma das questões seguintes escolha uma única resposta, que você ache mais correta. Por favor, responda a todas as questões.

5. Durante o mês passado, quantas vezes você teve problema para dormir por causa de:

a) Demorar mais de 30 minutos para pegar no sono:

(0) nenhuma vez (1) menos de 1vez/sem. (2) 1 ou 2 vezes/sem. (3) 3vezes/sem. ou mais

b) Acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo:

(0) nenhuma vez (1) menos de 1vez/sem. (2) 1 ou 2 vezes/sem. (3) 3vezes/sem. ou mais

c) Levantar-se para ir ao banheiro:

(0) nenhuma vez (1) menos de 1vez/sem. (2) 1 ou 2 vezes/sem. (3) 3vezes/sem. ou mais

d) Ter dificuldade para respirar:

(0) nenhuma vez (1) menos de 1vez/sem. (2) 1 ou 2 vezes/sem. (3) 3vezes/sem. ou mais

e) Tossir ou roncar muitas vezes:

(0) nenhuma vez (1) menos de 1vez/sem. (2) 1 ou 2 vezes/sem. (3) 3vezes/sem. ou mais

f) Sentir muito frio:

(0) nenhuma vez (1) menos de 1vez/sem. (2) 1 ou 2 vezes/sem. (3) 3vezes/sem. ou mais

g) Sentir muito calor:

(0) nenhuma vez (1) menos de 1vez/sem. (2) 1 ou 2 vezes/sem. (3) 3vezes/sem. ou mais

h) Ter sonhos ruins ou pesadelos:

(0) nenhuma vez (1) menos de 1vez/sem. (2) 1 ou 2 vezes/sem. (3) 3vezes/sem. ou mais

i) Sentir dores:

(0) nenhuma vez (1) menos de 1vez/sem. (2) 1 ou 2 vezes/sem. (3) 3vezes/sem. ou mais

j) Outra razão, por favor, descreva: _____

Quantas vezes você teve problemas para dormir por esta razão durante o mês passado?

(0) nenhuma vez (1) menos de 1vez/sem. (2) 1 ou 2 vezes/sem. (3) 3vezes/sem. ou mais

6. Durante o mês passado, como você classificaria a qualidade do seu sono?

(0) Muito boa (1) Boa (2) Ruim (3) Muito ruim

7. Durante o mês passado, você tomou remédio para dormir, receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar) ou mesmo por sua conta?

(0) nenhuma vez (1) menos de 1vez/sem. (2) 1 ou 2 vezes/sem. (3) 3vezes/sem. ou mais

8. Durante o mês passado, se você teve problemas para ficar acordado enquanto estava dirigindo, fazendo suas refeições ou participando de qualquer outra atividade social, quantas vezes isso aconteceu?

(0) nenhuma vez (1) menos de 1vez/sem. (2) 1 ou 2 vezes/sem. (3) 3vezes/sem. ou mais

9. Durante o mês passado, você sentiu indisposição ou falta de entusiasmo para realizar suas atividades diárias?

(0) Nenhuma indisposição nem falta de entusiasmo (1) Indisposição e falta de entusiasmo pequenas

(2) Indisposição e falta de entusiasmo moderadas (3) muita Indisposição e falta de entusiasmo

ANEXO F – APGAR DE FAMÍLIA

	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Quase sempre	Sempre
1- Estou satisfeito(a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.	0	1	2	3	4
2 - Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.	0	1	2	3	4
3 - Estou satisfeito(a) com a maneira como minha família aceita e apóia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.	0	1	2	3	4
4 - Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.	0	1	2	3	4
5 - Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.	0	1	2	3	4

Classificação da funcionalidade familiar:	
()	Elevada disfunção familiar (0-8)
()	Moderada disfunção familiar (9-12)
()	Boa funcionalidade familiar (13-20)

ANEXO G – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Vou lhe fazer algumas perguntas sobre o seu humor para saber como o(a) Sr(a) vem se sentindo na última semana

Questões	Sim	Não
1. O(a) Sr(a) está basicamente satisfeito com sua vida?	(0)	(1)
2. O(a) Sr(a) deixou muitos de seus interesses e atividades?	(1)	(0)
3. O(a) Sr(a) sente que sua vida está vazia?	(1)	(0)
4. O(a) Sr(a) se aborrece com frequência?	(1)	(0)
5. O(a) Sr(a) se sente de bom humor a maior parte do tempo?	(0)	(1)
6. O(a) Sr(a) tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	(1)	(0)
7. O(a) Sr(a) se sente feliz a maior parte do tempo?	(0)	(1)
8. O(a) Sr(a) sente que sua situação não tem saída?	(1)	(0)
9. O(a) Sr(a) prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	(1)	(0)
10. O(a) Sr(a) se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	(1)	(0)
11. O(a) Sr(a) acha maravilhoso estar vivo?	(0)	(1)
12. O(a) Sr(a) se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	(1)	(0)
13. O(a) Sr(a) se sente cheio de energia?	(0)	(1)
14. O(a) Sr(a) acha que sua situação é sem esperança?	(1)	(0)
15. O(a) Sr(a) sente que a maioria das pessoas está melhor do que o(a) Sr(a)?	(1)	(0)

Classificação dos sintomas depressivos	
(1)	Sintomas depressivos severos (11 a 15)
(2)	Sintomas depressivos leves (6 a 10)
(3)	Ausência de sintomas depressivos (0 a 5)