

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ÉRICA NESTOR SOUZA

FATORES ASSOCIADOS À ESPIRITUALIDADE E
RELIGIOSIDADE DE IDOSOS CUIDADORES E
NÃO CUIDADORES

SÃO CARLOS - SP
2020

ÉRICA NESTOR SOUZA

FATORES ASSOCIADOS À ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE DE IDOSOS
CUIDADORES E NÃO CUIDADORES

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) para obtenção do título de doutor em Ciências da Saúde. Recebeu apoio da CAPES (Bolsa doutorado- 001) e da FAPESP (Auxílio Pesquisa. Processo no. 2017/04129-9).

Orientadora: Profa. Dra. Aline Cristina Martins Gratão
Coorientadora: Profa. Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini

SÃO CARLOS-SP
2020



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Tese de Doutorado da candidata Erica Nestor Souza, realizada em 27/02/2020:

Prof. Dra. Aline Cristina Martins Gratao
UFSCar

Prof. Dra. Luçiana Kusumota
USP

Prof. Dra. Tábatta Renata Pereira de Brito
UNIFAL

Prof. Dra. Ariene Angelini dos Santos Orlandi
UFSCar

Prof. Dra. Keika Inouye
UFSCar

Certifico que a defesa realizou-se com a participação à distância do(s) membro(s) Tábatta Renata Pereira de Brito e, depois das arguições e deliberações realizadas, o(s) participante(s) à distância está(ao) de acordo com o conteúdo do parecer da banca examinadora redigido neste relatório de defesa.

Prof. Dra. Aline Cristina Martins Gratao

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por me munir de força, esperança e luz ao longo dessa caminhada;

Aos meus pais amados Hélio e Vanda, por me motivarem e não medirem esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida e por me apoiarem em todas as minhas escolhas;

À minha amada irmã Amanda, pelo companheirismo e apoio em todos os momentos, especialmente nas horas difíceis;

Ao meu amor Olavo, por ser uma pessoa tão especial, pelo incentivo, paciência e companheirismo ao longo desses anos;

Às minhas queridas, orientadoras Profa. Dra. Aline Gratão e coorientadora Profa. Dra. Sofia Pavarini, pela confiança, dedicação, ensinamentos e carinho que tornaram possível a realização deste trabalho;

À todos os membros do grupo de pesquisa Saúde e Envelhecimento da Universidade Federal de São Carlos pela colaboração com o estudo;

Às minhas amadas amigas de longa data Gabriela, Nathalia, Daniela, Camilla, Sthefany e Marcela, por estarem sempre ao meu lado e me apoiando. A caminhada com vocês é mais linda;

Aos idosos que me receberam em suas casas e colaboraram com esta pesquisa;

Às pessoas que colaboraram de alguma forma com o trabalho, em especial com a coleta de dados Nathalia, Mariéli, Ana Carolina, Bruna, Estefani e Allan;

À Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos e aos funcionários de todas as Unidades de Saúde da Família, pela autorização e colaboração com a lista de participantes;

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos pela oportunidade;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e a Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado de São Paulo- FAPESP (Processo no. 2017/04129-9) pelo apoio financeiro.

Muito Obrigada!

Tudo que existe e vive precisa ser cuidado para continuar existindo. Uma planta, uma criança, um idoso, o planeta Terra. Tudo o que vive precisa ser alimentado. Assim, o cuidado, a essência da vida humana, precisa ser continuamente alimentado. O cuidado vive do amor, da ternura, da carícia e da convivência.

Leonardo Boff, 1999

RESUMO

Para os idosos, a espiritualidade e a religiosidade podem ser recursos de enfrentamento das adversidades do processo de envelhecimento, e ainda, para os idosos cuidadores, ferramentas de suporte emocional que auxiliam no desempenho das atividades de cuidado. O objetivo desta pesquisa foi analisar quais fatores sociodemográficos, aspectos emocionais, de saúde mental e apoio social estão associados à espiritualidade e religiosidade de idosos cuidadores e não cuidadores. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, observacional e exploratório com grupo de comparação realizado com idosos cuidadores (n=85) e não cuidadores (n=84) cadastrados nas Unidades de Saúde da Família de uma cidade no interior de São Paulo. Os instrumentos para coleta de dados foram: caracterização sociodemográfica e do cuidado; Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro (EEPP-R); Escala de Religiosidade de Duke (DUREL); Exame Cognitivo de Addenbrooke - Revisado (ACE-R); Escala de Estresse Percebido (PSS); Escala de Depressão Geriátrica (GDS); Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) de Lawton e Brody e Escala de Apoio Social do MOS. Foi utilizada a análise de regressão linear simples e múltipla com critério Stepwise de seleção e índice de significância de $p \leq 0,05$. Todos os preceitos éticos foram seguidos. Quanto aos resultados, em ambos os grupos, houve prevalência do sexo feminino, a média de idade foi 69,6 anos nos cuidadores e 70,8 nos não cuidadores. Quanto à religião, a prevalência nos dois grupos foi a católica. Para os cuidadores, o escore médio nas escalas de avaliação foi 3,5 na EEPP-R global; 2,8 de religiosidade organizacional (RO), 1,6 religiosidade não organizacional (RNO) e 4,4 religiosidade intrínseca (RI); 62,8 no ACE-R; 3,7 no GDS; 18,6 no PSS; 54,1% independentes na escala de Lawton e Brody e maior média 89,8 no MOS apoio afetivo. Quanto aos não cuidadores, 3,4 na EEPP-R global; 2,5 de RO, 1,8 de RNO e 4,2 de RI; 62,0 no ACE-R; 3,6 no GDS; 16,7 no PSS; 61,4% com dependência parcial na escala de Lawton e Brody e maior média 91,6 no MOS apoio afetivo. Conclui-se na análise de regressão linear múltipla que os fatores associados ao maior escore de espiritualidade, em idosos cuidadores, foram: ter maior apoio material, sem sintomas depressivos, receber ajuda afetiva/emocional suficiente, ser do sexo feminino e ter muita satisfação com a vida. Para os não cuidadores, um maior escore de espiritualidade estava relacionado a muita satisfação com a vida, ter menos idade, com comprometimento cognitivo e com independência em atividades instrumentais de vida diária. Um maior escore de religiosidade, em idosos cuidadores, estava associado ao fato de ser católico, sem companheiro e do sexo masculino e para os não cuidadores foram ser católico, com sintomas depressivos, ser pouco satisfeitos com a vida e ter maior renda familiar.

Palavras-chave: Idosos. Cuidadores. Espiritualidade. Religião. Enfermagem Geriátrica.

ABSTRACT

For the elderly, spirituality and religiosity can be a resource to face the adversities of the aging process. For the elderly caregivers, emotional support tools that assist in the performance of care activities. The objective of this research was to analyze which sociodemographic factors, emotional aspects, mental health and social support are associated with the spirituality and religiosity of elderly caregivers and non-caregivers. This is a quantitative, cross-sectional, observational and exploratory study with a comparison group carried out with elderly caregivers (n = 85) and non-caregivers (n = 84) registered at Family Health Units in a city in the interior of São Paulo. The instruments for data collection were: sociodemographic and care characterization; Pinto e Pais-Ribeiro Spirituality Scale (EEPP-R); Duke's Religious Scale (DUREL); Addenbrooke's Cognitive Exam - Revised (ACE-R); Perceived Stress Scale (PSS); Geriatric Depression Scale (GDS); Lawton and Brody scale and Social Support Scale MOS. Used to analyze simple and multiple linear regression with Stepwise selection criteria and significance index of $p \leq 0.05$. All ethical precepts were followed. As for the results, in both groups, there was a prevalence of females, the average age was 69.6 years in caregivers and 70.8 in non-caregivers. As for religion, the prevalence in both groups was Catholic. For caregivers, the average score on the evaluation scales was 3.5 on the global EEPP-R; 2.8 of organizational religiosity (RO), 1.6 non-organizational religiosity (RNO) and 4.4 intrinsic religiosity (IR); 62.8 in the ACE-R; 3.7 in the GDS; 18.6 in the PSS; 54.1% independent on the Lawton and Brody scale and highest average 89.8 on the MOS affective support. As for non-caregivers, 3.4 in the global EEPP-R; 2.5 RO, 1.8 RNO and 4.2 RI; 62.0 in the ACE-R; 3.6 in the GDS; 16.7 in the PSS; 61.4% with partial dependence on the Lawton and Brody scale and a higher average of 91.6 in the MOS emotional support. In conclusion in the analysis of multiple linear regression, the factors associated with a higher spirituality score in elderly caregivers were: having greater material support, without depressive symptoms, receiving enough affective / emotional help, being female and having a lot of satisfaction with life. For non-caregivers, a higher spirituality score was related to a lot of satisfaction with life, being younger, with cognitive impairment and with independence in instrumental activities of daily living. A higher religiosity score in elderly caregivers was associated with being Catholic, without a partner and male, and for non-caregivers they were Catholic, with depressive symptoms, being little satisfied with life and having greater family income.

Keywords: Elderly. Caregivers. Spirituality. Religion. Geriatric Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fatores associados à espiritualidade e religiosidade dos idosos cuidadores e não cuidadores.....	86
----------	--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Descrição das dimensões das variáveis dependentes espiritualidade e religiosidade.....	53
Quadro 2	Descrição das variáveis sociodemográficas categóricas.....	53
Quadro 3	Descrição das variáveis categóricas relacionadas ao cuidado.....	54
Quadro 4	Descrição das demais variáveis de interesse do estudo.....	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das variáveis sociodemográficas em idosos cuidadores (n=85) e não cuidadores (n=84). São Carlos, SP, Brasil, 2016-2017.....	58
Tabela 2	Distribuição dos idosos cuidadores (n=85) quanto às variáveis do cuidado. São Carlos, SP, Brasil, 2016-2017.....	60
Tabela 3	Descrição e comparação dos idosos cuidadores (n=85) e não cuidadores (n=84) segundo as variáveis cognição, sintomas depressivos, estresse percebido, desempenho funcional e apoio social. São Carlos, SP, Brasil, 2016-2017..	62
Tabela 4	Comparação dos idosos cuidadores (n=85) e não cuidadores (n=84) segundo espiritualidade. São Carlos, SP, Brasil, 2016-2017.....	64
Tabela 5	Comparação dos idosos cuidadores (n=85) e não cuidadores (n=84) segundo religiosidade. São Carlos, SP, Brasil, 2016-2017.....	65
Tabela 6	Análise de regressão linear simples para espiritualidade global, domínios crença e esperança/otimismo em idosos cuidadores (n=85). São Carlos, SP, Brasil, 2016-2017.....	67
Tabela 7	Análise de regressão linear múltipla para espiritualidade global em idosos cuidadores (n=75). São Carlos, SP, Brasil, 2016-2017.....	69
Tabela 8	Análise de regressão linear múltipla para o domínio crenças da EEPP-R em idosos cuidadores (n=75). São Carlos, SP, Brasil, 2016-2017.....	70
Tabela 9	Análise de regressão linear múltipla para o domínio esperança/ otimismo da EEPP-R em idosos cuidadores (n=75). São Carlos, SP, Brasil, 2016-2017.....	71
Tabela 10	Análise de regressão linear simples para espiritualidade global, domínios crença e esperança/otimismo em idosos não cuidadores (n=84). São Carlos, SP, Brasil, 2016-2017....	72
Tabela 11	Análise de regressão linear múltipla para a espiritualidade global em idosos não cuidadores (n=76). São Carlos, SP, Brasil, 2016-2017.....	74
Tabela 12	Análise de regressão linear múltipla para o domínio esperança/ otimismo da EEPP-R em idosos não cuidadores (n=76). São Carlos, SP, Brasil, 2016-2017.....	75
Tabela 13	Análise de regressão linear simples para escore de religiosidade organizacional, religiosidade não organizacional e religiosidade intrínseca em idosos	

	cuidadores (n=85). São Carlos, SP, Brasil, 2016-2017.....	77
Tabela 14	Análise de regressão linear múltipla para escore de religiosidade organizacional em idosos cuidadores (n=83). São Carlos, SP, Brasil, 2016-2017.....	79
Tabela 15	Análise de regressão linear múltipla para escore de religiosidade não organizacional em idosos cuidadores (n=85). São Carlos, SP, Brasil, 2016-2017.....	80
Tabela 16	Análise de regressão linear simples para escore de religiosidade organizacional em idosos não cuidadores (n=84). São Carlos, SP, Brasil, 2016-2017.....	81
Tabela 17	Análise de regressão linear múltipla para escore de religiosidade organizacional em idosos não cuidadores (n=84). São Carlos, SP, Brasil, 2016-2017.....	83
Tabela 18	Análise de regressão linear múltipla para escore de religiosidade não organizacional em idosos não cuidadores (n=84). São Carlos, SP, Brasil, 2016-2017.....	84
Tabela 19	Análise de regressão linear múltipla para escore de religiosidade intrínseca em idosos não cuidadores (n=65). São Carlos, SP, Brasil, 2016-2017.....	85

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVDs	Atividades Básicas de Vida Diária
ACE-R	<i>Addenbrooke's Cognitive Examination - Revised</i>
AIVDs	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVD	Atividade de Vida Diária
DA	Doença de Alzheimer
DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DUREL	Índice de Religiosidade de Duke
EEPP-R	Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GDS	<i>Geriatric Depression Scale</i>
MOS	<i>Medical Outcomes Study</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSS	<i>Perceived Stress Scale</i>
QV	Qualidade de Vida
RI	Religiosidade Intrínseca
RNO	Religiosidade Não Organizacional
RO	Religiosidade Organizacional
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	22
2.1	Espiritualidade e religiosidade	23
2.2	Espiritualidade e religiosidade em cuidadores	31
2.3	Aspectos relacionados à espiritualidade e religiosidade	35
2.4	Relevância e justificativa do estudo	39
3	OBJETIVOS	41
3.1	Objetivo geral	42
3.2	Objetivos específicos	42
4	MATERIAL E MÉTODO	43
4.1	Delineamento	44
4.2	Local do estudo	44
4.3	População e amostra	45
4.4	Procedimentos para coleta de dados	46
4.5	Instrumentos para coleta de dados	47
4.6	Descrição das variáveis para análise de regressão	53
4.7	Análises estatísticas	55
4.8	Aspectos éticos	55
5	RESULTADOS	57
5.1	Caracterização dos idosos cuidadores e não cuidadores segundo as variáveis sociodemográficas	58
5.2	Comparação dos idosos cuidadores e não cuidadores segundo desempenho cognitivo, sintomas depressivos, estresse percebido, desempenho funcional e apoio social	61
5.3	Avaliação da espiritualidade e religiosidade de idosos cuidadores e não cuidadores	64
5.4	Fatores associados à espiritualidade dos idosos cuidadores e não cuidadores	66
	5.4.1 <i>Espiritualidade de idosos cuidadores</i>	66
	5.4.2 <i>Espiritualidade dos idosos não cuidadores</i>	71
5.5	Fatores associados à religiosidade dos idosos cuidadores e não cuidadores	76
	5.5.1 <i>Religiosidade de idosos cuidadores</i>	76
	5.5.2 <i>Religiosidade de idosos não cuidadores</i>	80
6	DISCUSSÃO	87
6.1	Caracterização dos idosos cuidadores e não cuidadores segundo as variáveis sociodemográficas	88
6.2	Comparação dos idosos cuidadores e não cuidadores segundo desempenho cognitivo, sintomas depressivos, estresse percebido, desempenho funcional e apoio social	96

6.3	Avaliação da espiritualidade e religiosidade de idosos cuidadores e não cuidadores.....	101
6.4	Fatores associados à espiritualidade dos idosos cuidadores e não cuidadores.....	105
6.5	Fatores associados à religiosidade dos idosos cuidadores e não cuidadores.....	114
7	CONCLUSÃO.....	122
8	REFERÊNCIAS.....	128
9	APÊNDICES.....	147
	APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	148
	APÊNDICE 2 – Caracterização sociodemográfica dos idosos cuidadores e não cuidadores.....	149
	APÊNDICE 3 – Caracterização do cuidado prestado pelo cuidador.....	150
10	ANEXOS.....	151
	ANEXO 1 – Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (KATZ).....	152
	ANEXO 2 – Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária de Lawton e Brody.....	153
	ANEXO 3 – Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro (EEPP-R)	154
	ANEXO 4 – Índice de Religiosidade de Duke – DUREL.....	155
	ANEXO 5 – Exame Cognitivo de Addenbrooke – Revisado (ACE-R).....	156
	ANEXO 6 – Escala de Estresse Percebido (PSS).....	162
	ANEXO 7 – Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15).....	163
	ANEXO 8 – Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study (MOS).....	164
	ANEXO 9 – Parecer Consubstanciado do CEP.....	165

APRESENTAÇÃO

A temática da espiritualidade acompanha minha trajetória desde muito antes da minha vivência acadêmica, de modo que, sempre me senti uma pessoa espiritualizada independente de minha escolha religiosa. Para mim, a espiritualidade se apresenta nos momentos familiares, nos bons relacionamentos e na possibilidade de enxergar a vida como dádiva concedida por um ser superior.

Desde meu ingresso no curso de Graduação em Gerontologia na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), em 2010, me envolvi em diversas atividades de extensão e pesquisa relacionadas à Saúde e Envelhecimento. Tive a oportunidade de ser bolsista de iniciação científica PIBIC-CNPq estudando a esperança e espiritualidade de adultos e idosos renais crônicos em hemodiálise, sob orientação da Profa. Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini e Profa. Dra. Fabiana de Souza Orlandi.

Dando continuidade ao interesse pela área acadêmica e de pesquisa, ingressei no mestrado pelo Programa de Pós - Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Sob a orientação da Profa. Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini e coorientação da Profa. Dra. Aline Cristina Martins Gratão, estudei os fatores associados à esperança de idosos cuidadores, inseridos em áreas de abrangência de Unidades de Saúde da Família de um município do interior paulista.

Tive o privilégio de participar, durante todo esse período, do Grupo de Pesquisa Saúde e Envelhecimento coordenado pela Profa. Dra. Sofia Pavarini, no qual se desenvolvem pesquisas relacionadas à saúde mental e cognição de idosos, com foco no contexto familiar, mais especificamente no cuidador familiar.

Ter estudado os fatores associados à esperança, me instigou a dar continuidade aos estudos sobre as variáveis positivas relacionadas ao cuidado. Assim, ingressei no doutorado logo após a defesa do mestrado, agora

com a orientação da Profa. Dra. Aline Gratão, do mesmo grupo de pesquisa da Profa. Sofia Pavarini.

A partir de então, meu projeto de doutorado se iniciou com o intuito de aprofundar o conhecimento sobre a relação da espiritualidade e religiosidade de idosos cuidadores com variáveis psicológicas, de cuidado, desempenho cognitivo, apoio social e verificar como essas variáveis se comportam em idosos que não realizam o papel de cuidadores. Pesquisas com a temática da espiritualidade e religiosidade ganham cada vez mais destaque e ainda os conhecimentos são incipientes, especialmente quando consideramos a população de idosos realizando a função de cuidadores de um familiar idoso.

Para o cuidador, sabe-se da importância da saúde emocional, mental e ter apoio social para desempenhar as tarefas do cuidado, no qual a espiritualidade e religiosidade podem ser ferramentas de suporte às adversidades. Nesse sentido, o presente estudo buscou analisar os fatores associados à espiritualidade e religiosidade de idosos cuidadores e não cuidadores.

1 INTRODUÇÃO

O acelerado envelhecimento populacional que ocorre no contexto brasileiro, em decorrência da diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade, resulta no crescimento da população com 60 anos de idade ou mais e no interesse em investigações relacionadas à essa população.

Concomitante ao envelhecimento populacional estão as mudanças no perfil epidemiológico. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) tornam-se mais comuns e são responsáveis por desencadearem limitações e dependências na realização das atividades de vida diária (AVDs). Nessa situação, são essenciais a figura de um cuidador, seja formal ou informal.

O cuidado ao idoso é responsabilidade da esfera familiar, em primeira instância, e está principalmente relacionada à mulher, filha, de meia idade, que cuida por muitas horas diárias e sem receber ajuda. Contudo, o envelhecimento populacional impulsiona uma mudança neste perfil e destaca o aumento no número de idosos que prestam os cuidados a outros idosos, normalmente cônjuges.

Nos estudos em Gerontologia, investigar esse novo perfil de cuidadores idosos se torna fundamental, tanto para conhecer as dinâmicas do autocuidado associadas às demandas dos receptores de cuidados, quanto para conhecer os tipos de suporte que recebem.

Prestar o cuidado pode provocar desgastes físicos, psicológicos, emocionais e sociais para este cuidador idoso. Nesse contexto, a espiritualidade e religiosidade podem ser suportes emocionais e espirituais para o enfrentamento das adversidades e um encorajamento para um olhar sob novas perspectivas.

Um dos principais pesquisadores na área de espiritualidade e saúde, Harold Koenig, traz uma definição de espiritualidade que busca compreensão das questões acerca da vida, do seu significado, e da relação com o transcendente e ainda difere da religiosidade como um organizado

sistema de crenças, práticas, rituais e símbolos designados a facilitar a aproximação com o sagrado (KOENIG; MCCULLOU; LARSON, 2001).

A literatura evidencia diversos fatores associados à espiritualidade e religiosidade, nos quais essas variáveis são influentes de maneira positiva e em alguns casos de forma negativa. No entanto, são poucos os que avaliam essas variáveis em idosos e especialmente em idosos cuidadores. Portanto, buscou-se com a presente investigação responder a seguinte pergunta de pesquisa: Quais fatores sociodemográficos, aspectos emocionais, de saúde mental e apoio social estão associados à espiritualidade e religiosidade de idosos cuidadores e não cuidadores, cadastrados em Unidades de Saúde da Família (USFs) de um município do interior de São Paulo?

Conhecer os fatores relacionados à espiritualidade e religiosidade desses idosos pode possibilitar intervenções com intuito de promoção do bem-estar, qualidade de vida e suporte emocional que podem auxiliar no enfrentamento das adversidades oriundas do cuidado.

Diante do exposto, torna-se relevante a fundamentação teórica sobre os temas espiritualidade e religiosidade de uma forma geral, essas variáveis com relação ao cuidador e o que a literatura evidencia sobre os fatores relacionados à espiritualidade e religiosidade.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nesta fundamentação teórica são apresentadas as concepções que subsidiaram esse estudo, as quais foram organizadas em quatro tópicos: I- espiritualidade e religiosidade; II- espiritualidade e religiosidade em cuidadores; III- aspectos relacionados à espiritualidade e religiosidade e IV- relevância e justificativa do estudo.

2.1 Espiritualidade e religiosidade

O termo espiritualidade foi inserido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no conceito multidimensional de saúde. Não se limita a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa e está relacionado às questões como o sentido da vida e sua relação com bem-estar (TONIOL, 2015; FORTUNA et al., 2016).

A espiritualidade é tida como uma importante ferramenta de enfrentamento das dificuldades e atribuição de significados à vida, fornecendo esperança, fé e motivação. Os recursos espirituais podem se mostrar mais aflorados com o avançar da idade, por ofertar apoio e força às alterações biológicas, psicológicas e sociais relacionadas ao processo de envelhecimento (SOUZA et al., 2017).

Desde 1980, maior atenção à dimensão da espiritualidade para a manutenção da saúde foi observada entre os pesquisadores e nos documentos das agências de governança global, como a Organização Mundial de Saúde (OMS). Assim, o número de publicações que correlacionam os temas espiritualidade e saúde se tornou expressivo nos últimos anos (TONIOL, 2015) e pesquisadores nacionais e internacionais têm se dedicado no desenvolvimento de instrumentos válidos e confiáveis capazes de mensurar essa variável (PANZINE et al., 2007; MARQUES; AGUIAR, 2014; TONIOL, 2015).

Koenig (2008) evidencia o crescimento das pesquisas sobre a espiritualidade, indicando a expansão mais substancial nos anos 2000 por meio do levantamento do número de trabalhos publicados que associam as palavras “saúde” e “espiritualidade” em textos indexados na base de dados Medline. Toniol (2015) sugestionado pelo autor Koenig, replicou o levantamento, atualizando-o. Sua pesquisa, com intuito de analisar a produção da espiritualidade como uma dimensão da saúde humana no âmbito das ciências médicas, das políticas públicas em saúde e da prática clínica, identificou o crescente número de estudos. Na década de 70, foi encontrada uma publicação com os termos espiritualidade e saúde; na década de 80 esse número elevou-se para 89 publicações; na década de 90 para 293 publicações, chegando a 2513 publicações na década de 2000.

Mediante os resultados de pesquisas relacionadas à saúde, a espiritualidade passa a ser interpretada como um valor universal de dimensão inerente às pessoas e positiva à saúde. Desse modo, deixa de ser apenas um objeto de investigação para tornar-se uma recomendação. Nesse sentido, segundo Toniol (2015, p.11):

A própria Organização Mundial de Saúde, em janeiro de 1998, por sugestão de seu comitê executivo, inseriu a espiritualidade como uma quarta dimensão em seu conceito de saúde que, desde então, passou a ser: saúde é um estado dinâmico de completo bem estar físico, mental, *espiritual* e social, e não simplesmente a ausência de doença ou de enfermidade (WHO, 1998).

Stroppa e Moreira-Almeida (2008) mencionam a importância de se estudar a religiosidade e a espiritualidade no contexto da saúde, uma vez que essas variáveis estão relacionadas positivamente ao bem-estar psicológico, à satisfação em viver, à felicidade e à melhoria da saúde física e mental, dando sentido à vida das pessoas e as auxiliando em momentos de sofrimento e no contexto da morte.

A palavra espiritualidade deriva do latim *spiritus*, que significa “a parte essencial da pessoa que controla a mente e o corpo”. Dessa forma, podemos interpretar como sendo tudo aquilo que traz significado e propósito para a vida e pode ter repercussões na saúde e qualidade de vida das pessoas (LAGO-RIZZARDI et al., 2010).

Contudo, a espiritualidade é um termo difícil de sintetizar em uma única definição, sendo uma construção que parte de pontos de vista de diferentes profissionais (VASCONCELOS, 2009). Abrange fatores de relevância cultural, não podendo, assim, ser reduzida a um simples fenômeno, pois são constructos multidimensionais e complexos nos níveis biopsicossociais, cognitivo, moral, relacional, nível de personalidade e auto identidade (SILVA, 2015).

Apesar da espiritualidade e religiosidade serem temas próximos e equivocadamente utilizados como sinônimos, indicam fenômenos diferentes.

Religião é o sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados para facilitar o acesso ao sagrado, ao transcendente (Deus, força maior, verdade suprema ...). Religiosidade é o quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Pode ser organizacional (participação na igreja ou templo religioso) ou não-organizacional (rezar, ler livros, assistir programas religiosos na televisão). Espiritualidade é uma busca pessoal para entender questões relacionadas à vida, ao seu sentido, sobre as relações com o sagrado ou transcendente que podem ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas ou formações de comunidades religiosas (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, (2001, p.712) apud LUCCHETTI et al. (2011, p. 160).

Religiosidade e espiritualidade independem de designações institucionalizadas de religião e refletem uma dimensão mais ampla. A experiência com essas dimensões acontecem de formas distintas no desenvolvimento humano e podem sofrer transformações ao longo do ciclo vital (DALGALARRONDO, 2008; SILVA, 2015).

A espiritualidade é vital para atribuir sentido e significado à vida, especialmente diante de um sofrimento. A religião por outro lado, está

relacionada à prática de certos rituais, a depender de cada religião, que induz ao contato com a espiritualidade. A religiosidade, por seu turno, é o quanto o indivíduo participa, pratica e propaga um conjunto de dogmas e doutrinas desse sistema religioso. Para muitas pessoas, crenças levam ao alívio e esperança (LAGO-RIZZARDI et al., 2010; ALMEIDA; BRASIL; MANHÃES, 2018).

A espiritualidade pode ser considerada a necessidade e a capacidade que todo homem tem de manter um diálogo interno e profundo e que pode ser praticada por todos, independentemente de sua crença, pois espiritualidade transcende os dogmas das instituições religiosas. Na área da saúde muitos estudos e pesquisas indicam a religiosidade e espiritualidade como benéficas na recuperação de pacientes acometidos por diferentes enfermidades e na manutenção da autoestima e qualidade de vida no envelhecimento. Indicam ainda que a busca de sentido na trajetória, baseada em alguma crença, parece fortalecer os indivíduos de forma plena, dos mais ativos aos mais fragilizados (BRANDÃO, 2013).

Segundo Pinto e Pais-Ribeiro (2007), as crenças espirituais permitem às pessoas enfrentarem as crises existenciais, favorecendo o suporte social e emocional que impulsionam a adaptação às circunstâncias adversas e ajudam no enfrentamento de crises e transições da vida. E ainda observaram uma religiosidade aumentada durante circunstâncias de vida estressantes, incluindo o adoecimento (ROCHA; FLECK, 2011).

Para Penha e Silva (2012), a religiosidade e a espiritualidade vem se tornando alvo de pesquisas, sobretudo pelo auxílio para o enfrentamento das mais distintas circunstâncias relacionadas à saúde, preparo para a finitude e relações interpessoais que evidenciam as crenças e práticas religiosas/espirituais. A retomada da importância dos aspectos religiosos como aliados na melhora de doenças têm sido fundamental para espiritualidade e religiosidade ganharem espaço no atendimento em saúde.

A religião é um fenômeno multidimensional e nenhum fato isolado pode explicar suas ações e consequências. A combinação de crenças, comportamentos e ambiente promovido pelo envolvimento religioso age em conjunto para determinar os efeitos sobre a saúde. No entanto, a investigação dos mecanismos pelos quais a religião afeta a saúde tem sido um tema intelectualmente e metodologicamente desafiador e estudos empíricos evidenciam sucesso limitado na contabilização dos mecanismos psicossociais para os efeitos de promoção da saúde no envolvimento religioso (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2006; BEHERE et al., 2013).

Os estudos trazem a espiritualidade como uma dimensão relacionada com o bem-estar religioso, experiências espirituais diárias, necessidades espirituais, dentre outros. Contudo, ao referirem à religiosidade fazem menção às dimensões: a) organizacional: frequência a serviços religiosos públicos como missas e cultos; b) não-organizacional: práticas privadas como orações e leituras religiosas; c) coping religioso: estratégias baseadas na espiritualidade e religiosidade para enfrentamento de condições estressantes de vida, que pode ser positivo ou negativo; d) orientação religiosa: intrínseca - onde a religião representa o lugar central na vida da pessoa, que realmente acredita e procura viver sua crença religiosa ou extrínseca - onde a religião é um meio utilizado para obter outros fins ou interesses, para obter segurança e consolo, sociabilidade e distração, status e auto absolvição (MOREIRA-ALMEIDA; LUCCHETTI, 2016).

De acordo com a revisão sistemática de Forti, Serbena e Scaduto (2018), o crescente número de estudos relacionados à temática da espiritualidade e religiosidade, impulsiona dizer que, desperta-se o interesse de pesquisadores na compreensão desses fenômenos. Dos mais de 3000 estudos na área, lista-se 20 instrumentos utilizados na pesquisa em saúde no Brasil.

Espiritualidade e religiosidade são fenômenos que envolvem inúmeros fatores. Encontram-se atualmente diversas formas de se mensurar

esses constructos, disponíveis em vários países, que buscam avaliar a influência da espiritualidade e religiosidade na vida das pessoas, nos diferentes contextos (MARQUES; AGUIAR, 2014; TAUNAY et al., 2012).

A validação de instrumentos para uso em pesquisa e intervenção no país é de grande valia, uma vez que o Brasil é um país religioso e heterogêneo (FORTI; SERBENA; SCADUTO, 2018). São poucos os instrumentos que mensuram diferentes dimensões da religiosidade e seus construtos correlatos, e uma limitação ao desenvolvimento de mais pesquisas em países de língua portuguesa é a carência de escalas de religiosidade que sejam curtas, simples e que forneçam dados relevantes (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2008).

Para tanto, o Índice de Religiosidade de Duke (conhecida como DUREL - Duke University Religion Index) é uma escala de cinco itens, desenvolvida por Koenig e colaboradores (1997), que mensura três das principais dimensões do envolvimento religioso relacionadas a desfechos em saúde: religiosidade organizacional (RO) - comportamentos religiosos que ocorrem no contexto da instituição religiosa; religiosidade não organizacional (RNO) - comportamentos religiosos privados ou informais, que ocorrem fora do contexto da instituição religiosa podendo se manifestar individualmente ou em pequenos grupos familiares e; religiosidade intrínseca (RI) - quanto a religião pode motivar ou influenciar comportamentos, ou como o indivíduo percebe a importância da religião em sua vida. Os primeiros dois itens abordam RO e RNO, foram extraídos de grandes estudos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos e se mostraram relacionados aos indicadores de saúde física, mental e suporte social (KOENIG et al., 1997). Na análise dos resultados, as pontuações nas três dimensões devem ser analisadas separadamente e os escores dessas não devem ser somados em um escore total (MARQUES; AGUIAR, 2014; MOREIRA-ALMEIDA et al., 2008).

As crenças espirituais, associadas ou não a instituições religiosas, podem ser vistas como suporte na atribuição do significado da vida. Assim, dentre os instrumentos que avaliam especificamente a espiritualidade, têm-se a Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro, construída por Pinto e Pais-Ribeiro (2007), que traz associações com contextos de saúde. Os itens desta escala foram construídos com referência ao construto teórico sobre a espiritualidade, aos itens da dimensão espiritual do Quality of Life, Câncer survivor e da subescala de espiritualidade da World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL). Os autores se propuseram a construir uma escala simples e pequena, sem redundâncias, que permitisse uma boa aceitação e compreensão das pessoas, em que foram consideradas perspectivas positivas da vida como esperança, otimismo, satisfação e valorização da vida. Apontam para a compreensão da espiritualidade em duas dimensões: uma vertical, relacionada a crenças (atribuição de sentido/significado à vida) e uma dimensão horizontal associada à esperança/otimismo (construção da esperança e de uma perspectiva de vida positiva) em uma escala constituída por cinco questões que quantificam a concordância relativamente à espiritualidade (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2017).

Esses instrumentos permitem avaliar e evidenciar correlações com desfechos de saúde de populações no geral. Contudo, sendo a espiritualidade e religiosidade abordagens fundamentais no processo de envelhecimento, a avaliação dessas variáveis nos idosos releva-se importante.

O estudo de Duarte e Wanderley (2011) avaliou a influência da religião e espiritualidade no enfrentamento da hospitalização em 30 pacientes idosos hospitalizados. Quanto à importância que o indivíduo atribui à religião e espiritualidade em sua vida (religiosidade intrínseca), a grande maioria dos pacientes referiu sentir a presença de Deus em suas vidas, bem como as crenças religiosas estão por trás da forma como vivem.

Ainda nesse estudo, quando questionados em relação à frequência com que participam de atividades sociais religiosas, como idas a cultos, templos ou encontros religiosos, apenas 20% dos pacientes frequentam uma ou mais vezes por semana. A maior parte referiu participar desses encontros uma vez por ano ou menos (30%), e 17% dos pacientes não frequentam há mais de dois anos. Em contrapartida, com a redução das atividades religiosas sociais, aumenta a prática de atividades religiosas individuais. Pelo menos 90% da amostra realiza atividades religiosas individuais ao menos uma vez ao dia. O estudo aponta que, mais do que apenas a frequência à igreja, a importância que a religião ocupa na vida desses indivíduos está no significado atribuído e às práticas religiosas individuais (DUARTE; WANDERLEY, 2011).

O envelhecer pode promover mudanças, dificuldades e percalços e estar munido de espiritualidade possibilita suportá-los. Para tanto, torna-se imprescindível o reconhecimento de sua relevância para um envelhecimento com melhor qualidade de vida (SILVA; MOREIRA-ALMEIDA; CASTRO, 2018)

Uma revisão integrativa da literatura realizada por Espírito Santo et al. (2013), com objetivo de identificar como a espiritualidade tem sido abordada nas publicações realizadas por enfermeiros, revelou que em 2008 houve um aumento na produção de artigos. Os resultados foram sistematizados em três temáticas.

Na primeira temática foi discutida a vivência da espiritualidade por pessoas adoecidas e em indivíduos sadios. Para alguns indivíduos, a saúde está associada, dentre outros fatores, a ter fé e à religião. Os estudos com idosos revelam uma forte vivência espiritual e religiosa, mesmo em situações de hospitalização e apontam que uma das condições associadas ao envelhecimento bem-sucedido é a crença religiosa ou espiritual (ESPÍRITO SANTO et al., 2013).

A segunda temática diz respeito à inclusão da espiritualidade na relação profissional de saúde e paciente, destacando a importância do reconhecimento da dimensão espiritual no processo comunicacional. E ainda, a variável espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais apresentaram uma melhor maneira de lidar com o estresse cotidiano na atuação profissional e qualidade de vida. Contudo, ainda parece que os profissionais apresentam dificuldades de integrar esse cuidado na sua prática (ESPÍRITO SANTO et al., 2013).

A terceira temática, diz respeito à espiritualidade vivenciada por familiares. Diante do adoecimento de um ente, os cuidadores passam a conviver com situações de sofrimento e desequilíbrio e é neste sentido que a espiritualidade emerge, dando suporte para o enfrentamento do problema. Mesmo sendo difícil cuidar de um familiar doente, o cuidado passa a ser parte da dimensão espiritual, dando a sensação de conformidade com as mudanças que o cuidado lhe propicia (ESPÍRITO SANTO et al., 2013).

2.2 Espiritualidade e religiosidade em cuidadores

O cuidado envolve ações que visam auxiliar o idoso no seu cotidiano, levá-lo a participar de atividades voltadas ao bem-estar ou melhora subjetiva e estimular as relações no campo social, o contato com o outro, inclusive no campo afetivo e amoroso (ARAÚJO; OLIVEIRA; PEREIRA, 2012). Portanto, o cuidador assume um compromisso que vai além de uma relação de troca ou retribuição, ao passo que lhe é direcionado uma carga emocional capaz de gerar sentimentos ambivalentes em relação ao idoso. Diariamente, sua capacidade de adaptação às novas realidades é testada e isso traz implicações inclusive para seu estado físico, psicológico e no enfrentamento perante a vida (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006).

Predominantemente, o cuidado é ofertado pelos próprios familiares, normalmente mulheres (esposa ou filha), de meia idade (45-50 anos), com baixa escolaridade (1-4 anos de estudo), que residem com o idoso, realizando o cuidado diário por mais de dez horas, sem formação específica para esta função e sem auxílio para cuidar (BRIGOLA et al., 2017; PAVARINI et al., 2017; SANTOS-ORLANDI et al., 2017; SOUZA et al., 2017).

A literatura evidencia um crescimento do número de cuidadores que são idosos, ou seja, em função da longevidade, esse novo perfil de cuidadores se instaura, de forma que, possuem mais de 60 anos e são os principais cuidadores informais de outro idoso, que apresenta maior dependência (GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2012; TOMOMITSU; PERRACINI; NERI, 2014; ALZHEIMERS ASSOCIATION, 2015; LUCHESI et al., 2016; PAVARINI et al., 2017; SANTOS-ORLANDI et al., 2017).

Nesse contexto, a dimensão espiritual é tida como relevante atribuição de significado à vida e um recurso de esperança que pode auxiliar no estado de saúde e sofrimentos dos indivíduos (PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007). Fatores responsáveis por mudanças no cotidiano impõem diversas limitações aos cuidadores, nas quais a espiritualidade e a religiosidade podem agir como ferramentas de apoio para o enfrentamento das dificuldades no cotidiano (DE PAULA; NASCIMENTO; ROCHA, 2009).

Apesar da gama de estudos com a premissa de que o cuidado ao idoso dependente é uma situação onerosa a nível emocional, físico, mental, econômico e social, há uma linha de investigação que procura demonstrar que a atividade de cuidar de um ente querido também pode vir acompanhada de recompensas e satisfação, e que a fé, as crenças, os sentimentos e os valores, são fundamentais nesse processo (ROCHA; PACHECO, 2013).

Nesse sentido, a religiosidade e a espiritualidade podem estar relacionadas às ferramentas de apoio e fortalecimento para o enfrentamento

das dificuldades no cotidiano, oriundas de suas crenças espirituais individuais (DE PAULA; NASCIMENTO; ROCHA, 2009).

Para os cuidadores, a fé é uma maneira de cuidado consigo e que os ajuda a ter esperanças e forças para continuar o percurso da vida (SEIMA; LENARDT; CALDAS, 2014). Para oferecer uma assistência com qualidade ao cuidador e a seu familiar é necessário conhecer seu contexto de vida, sua cultura e seus sistemas de crenças. Por meio da fé em Deus, conseguem munir-se de esperança. Além das crenças em um ser superior, relataram que é fundamental, para continuarem a cuidar, a existência de amor e paciência. A doação e a dedicação estão relacionadas com o sacrifício e este acontece quando o sujeito abdica-se em prol do amor ao próximo, sem almejar nada em troca (SEIMA; LENARDT; CALDAS, 2014).

Para Rocha, Vieira e Sena (2008), a fé, a espiritualidade, as crenças em um ser superior e as práticas religiosas são compreendidas como estratégias muito eficazes de enfrentamento da sobrecarga do cuidado, da angústia, do estresse e da depressão dos cuidadores, decorrentes do processo de cuidar. Além de colaborarem para que os eventos sejam interpretados de forma mais positiva e eficaz.

A religiosidade e a espiritualidade são possibilidades do cuidador e de seus familiares receberem mais suportes emocionais, espirituais, sociais e até materiais, laborando como estratégias de enfrentamento ao estresse, à depressão, no bem-estar psicológico e no processo de reintegração social desses cuidadores. Nesse aspecto, a convivência com os demais membros de sua igreja e o suporte fornecido aos cuidadores, os fortalece e dá novo sentido para suas vidas. Nessas circunstâncias, a religiosidade e a espiritualidade funcionam como fatores explicativos e protetores para a saúde e para a estabilidade emocional dos cuidadores (ROCHA; VIEIRA; SENA, 2008).

Sommerhalder e Neri (2006) trazem que os cuidadores buscam na religiosidade um conforto. A realidade para a maioria pode ser muito dura,

encontrando na religiosidade um alento para o seu sofrimento, sendo um importante mediador em relação à forma do cuidador e na percepção dos ônus e bônus da tarefa de cuidar.

Ao participar de uma comunidade religiosa, os cuidadores passam a receber variadas formas de apoio, sejam elas espirituais, emocionais e/ou sociais (ROCHA; VIEIRA; SENA, 2008). Portanto, as práticas, os sentimentos e os valores do cuidador e do familiar podem ser influenciados por sua espiritualidade e, sendo assim, o processo saúde-doença tem seu significado nas forças espirituais.

Ao transcender na relação de cuidado, o cuidador domiciliar procura um sentido existencial para sua vida, assim, as práticas espirituais estimulam ir além da conexão com o outro, fazendo o mesmo ir ao encontro da sua alma. O uso destes valores possibilita encontrar respostas não só na ciência, mas também na fé e na esperança, tornando assim o cuidador familiar mais fortalecido para o enfrentamento das diversidades da vida (SCHOSSLER, 2007).

De acordo com a pesquisa promovida pelo Instituto Gallup Internacional em 2005, que envolveu cerca de 50.000 pessoas em 65 países do mundo, mais de um terço dos entrevistados revelaram ser religiosos e os idosos foram aqueles com maior grau de religiosidade (quase 70% declararam-se religiosos).

Portanto, é possível observar comportamentos religiosos bastante frequentes na idade avançada, como estratégia para enfrentar as adversidades e buscar alívio quando angustiados (TEIXEIRA; LEFÈVRE, 2008). As crenças espirituais dão sentido à vida, à velhice, à dependência, ao cuidar e contribuem como uma forma mais positiva e eficaz de lidar com as adversidades (GOLDSTEIN; SOMMERHALDER, 2002; ROCHA; VIEIRA; SENA, 2008).

O estudo de Silva (2015) analisou idosos cuidadores e compreendeu que, de acordo com a opinião dos entrevistados, tão relevante

quanto o apoio dos familiares para realização do cuidado é o atendimento das suas necessidades espirituais, pois está associado ao seu empoderamento, à força para o enfrentamento da vida e do cuidar do outro, assim como para a própria consciência do envelhecer.

Silva, Moreira-Almeida e Castro (2018) buscaram investigar as formas de enfrentamento utilizadas para alívio de tensões por cuidadores idosos. Os participantes utilizam-se prioritariamente do *coping* religioso – definido como uso de estratégias religiosas e/ou espirituais para manejar o estresse diário e/ou advindo de crises existenciais. Além disso, os idosos cuidadores atribuem ao sagrado a força para continuar a envelhecer e cuidar de outro idoso no domicílio.

Espiritualidade/religiosidade estão correlacionadas com melhores condições de saúde por meio do ato de cuidar, que se manifestam através da atenção do cuidador, “na capacidade de ouvir, dialogar e compreender o outro e tentar tornar a situação adversa um pouco menos dolorosa” (FORTUNA et al., 2016, p. 599).

2.3 Aspectos relacionados à espiritualidade e religiosidade

A influência da espiritualidade e religiosidade em desfechos de saúde em geral vem se tornando alvo de pesquisas e evidências científicas nas últimas décadas. Estima-se que pelo menos sete artigos novos sejam publicados por dia sobre essa temática (MOREIRA-ALMEIDA; LUCCHETTI, 2016). Isso é evidenciado por meio de estudos de revisões sistemáticas e meta-análises que compilaram informações sobre a associação da espiritualidade e religiosidade nos diversos contextos (KOENIG, 2012; MOREIRA-ALMEIDA; LUCCHETTI, 2016).

A espiritualidade tem-se mostrado cada vez mais relevante para a vida da maioria absoluta da população mundial e que o envolvimento religioso está na maioria das vezes relacionado com melhores indicadores de saúde mental e bem-estar (MOREIRA-ALMEIDA; LUCCHETTI, 2016; OLIVEIRA; JUNGES, 2012).

Grande parte dos estudos sobre a temática espiritualidade e religiosidade evidenciam efeitos positivos nos desfechos de saúde, como melhor qualidade de vida, maior sobrevida, melhor saúde mental, maior preocupação com a própria saúde e menor prevalência de doenças em geral. Contudo, efeitos negativos também podem ser observados, tais como pior saúde mental e maior mortalidade, relacionadas principalmente a condições punitivas divinas, como forma de castigo, conflitos religiosos, intolerância ou atitudes passivas diante de problemas (KOENIG, 2012; MOREIRA-ALMEIDA; LUCCHETTI, 2016).

Estudos mostram a influência da espiritualidade na prevenção em saúde, bem como, demonstram que as práticas espirituais e religiosas têm se relacionado a menores taxas de depressão, de estresse e melhor qualidade de vida (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007; KOENIG, 2012; LEITE; SEMINOTTI, 2013).

Ainda, de acordo com Stroppa e Moreira-Almeida (2008), os estudos apresentam que maiores níveis de envolvimento religioso estão associados positivamente a indicadores de bem-estar psicológico, como satisfação com a vida, afeto positivo e moral elevado, felicidade, melhor saúde física e mental.

Durante o século XIX e primeira metade do século XX, a religiosidade e espiritualidade eram vistas como uma influência negativa sobre a saúde, sobretudo a saúde mental. Esse cenário era acompanhado de grande disputa entre religião e ciência na tentativa de explicar os fenômenos mediúnicos, a mente e as doenças mentais. Aos poucos, a partir da segunda

metade do século XX, a religião começou a ser vista como uma possível contribuinte no processo de tratamento/assistência daqueles considerados doentes mental (LEITE; SEMINOTTI, 2013).

Quando essa temática toma maior visibilidade, favorece a aceitação de um princípio religioso e dimensão espiritual como uma condição humana, que propicia um sentido para a existência e à busca pela solução dos problemas e questionamentos interiores. Isso leva a investigação de estudos sobre a sua associação com o bem-estar físico e psicológico bem como a compreensão sobre seu fator protetor contra o desenvolvimento de doenças físicas e psíquicas (LEITE; SEMINOTTI, 2013).

Atualmente, pesquisas acerca da temática espiritualidade/religiosidade e saúde mental apontam um número relevante. A forma como a religiosidade influencia a saúde mental dos indivíduos é um fenômeno resultante de vários fatores: estilo de vida, suporte social, sistema de crenças, práticas religiosas, formas de expressar estresse, direção e orientação espiritual (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006). Os resultados dessas pesquisas têm importantes implicações para o cuidado clínico dos pacientes (KOENIG, 2007).

Os estudos revelam a associação da espiritualidade/religiosidade com menores prevalências de depressão, tentativas de suicídio, uso e abuso de substâncias, delinquência, estresse, ansiedade, dentre outros (MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014; MOREIRA-ALMEIDA; LUCCHETTI, 2016). Além disso, maiores crenças religiosas e espirituais, de acordo com estudos, evidenciam efeitos benéficos em medidas de bem-estar, como autoestima, esperança, felicidade e otimismo, bem como, os estudos exploram que pessoas com maior espiritualidade/religiosidade são mais cuidadosas com sua saúde e estão mais sujeitas a procurar medidas de rastreio e prevenção, adotando hábitos de vida mais saudáveis (KOENIG, 2012; MOREIRA-ALMEIDA; LUCCHETTI, 2016).

Maiores níveis de espiritualidade/religiosidade estão relacionados a melhores condições de saúde física, principalmente quanto à menor mortalidade em pessoas, podendo essa redução ser de 18 a 25%. Outras morbidades como hipertensão, acidentes vasculares encefálicos, síndromes demenciais, desfechos em cirurgias cardíacas e diabetes também apresentam mais resultados favoráveis que desfavoráveis, contudo, os mecanismos que seriam mediadores dessas associações ainda necessitam de mais estudos para uma maior compreensão (MOREIRA-ALMEIDA; LUCCHETTI, 2016).

Zimmer et al. (2016) buscaram revisar um conjunto da literatura sobre o impacto da religiosidade e espiritualidade na saúde de idosos e evidenciaram que grande parte da literatura que indica uma conexão favorável entre religiosidade, espiritualidade e saúde é de natureza descritiva, o que significa que a pesquisa demonstra empiricamente uma relação, mas os mecanismos que conduzem a relação são inexplicáveis. Contudo, alguns estudos elucidam mecanismos que podem explicar essa relação, como: o apoio social; comportamento; redução de estresse e indicadores psicossociais.

O apoio social, de acordo com Zimmer et al. (2016), advém de instituições religiosas em todo o mundo, como igrejas, templos e mesquitas, que muitas vezes desempenham um papel na integração, incentivo, troca e apoio, especialmente para os idosos, que poderão sentir-se solitários e sofrer perdas frequentes.

O quesito “comportamento” mencionado pelo autor se refere às instituições religiosas como organizações que promovem comportamentos e estilos de vida saudáveis, com visões negativas sobre tabaco, consumo de álcool, drogas e sexo de risco não matrimonial. Além disso, evidências recentes sugerem que a espiritualidade está associada à popularidade de atividades como meditação e yoga para a manutenção da saúde, e sobre a capacidade da religião de imbuir um senso de autorregulação e autocontrole (ZIMMER et al., 2016).

O estresse e o enfrentamento de eventos estressantes da vida é referido pelo autor como talvez o maior conjunto da literatura relacionado à religiosidade e espiritualidade. Um dos benefícios principais da religiosidade está no enfrentamento face à adversidade. Isso é importante especialmente para pessoas idosas que, frequentemente, lidam com perdas de entes queridos, de função mental e/ou física ou se deparam com pensamentos sobre a proximidade de sua finitude. Nesse sentido, crenças espirituais e religiosas têm demonstrado aumentar a satisfação com a vida, o otimismo e a autoestima e por consequência, reduzir o impacto dos eventos estressantes (ZIMMER et al., 2016).

Outro aspecto identificado por Zimmer et al. (2016) diz respeito aos indicadores psicossociais. Pessoas que frequentam regularmente instituições religiosas são permeadas por um sentimento de pertencimento que promove uma boa autoavaliação de saúde. Essa frequência também está ligada a necessidades humanas de transcendência, controle e enfrentamento, participação social e desenvolvimento de relacionamentos. Contudo, esses conceitos psicossociais podem ser difíceis de definir e medir, e os vínculos entre eles são intrincados e, às vezes, difíceis de observar empiricamente.

2.4 Relevância e justificativa do estudo

Diante das considerações expostas, que refletem:

- O aumento do número de idosos e do número de idosos que prestam cuidado;
- Parcela da população que enfrenta diminuição da capacidade funcional e dependência de cuidados, devido à maior prevalência das DCNTs;
- Desgastes físicos, psicológicos, sociais e emocionais que o cuidado pode causar ao cuidador;

- A espiritualidade e religiosidade como um recurso psicológico e emocional fundamental frente às adversidades;

- A escassez de estudos sobre os fatores associados à espiritualidade e religiosidade de idosos cuidadores e não cuidadores, com intuito de verificar se há diferenças entre esses dois grupos, pretende-se responder as seguintes perguntas:

Como se caracterizam os idosos cuidadores e não cuidadores com relação à espiritualidade, religiosidade, aspectos da saúde mental, cognição e apoio social? A espiritualidade e religiosidade são diferentes para os idosos cuidadores e não cuidadores? Quais fatores estão associados à espiritualidade e religiosidade desses idosos?

A literatura apresentou a espiritualidade e religiosidade como um recurso emocional e psicológico para os cuidadores lidarem com as adversidades oriundas do cuidado ou mesmo como uma estratégia de enfrentamento do envelhecimento. Desse modo, torna-se essencial conhecer os fatores que se relacionam com melhores níveis de espiritualidade e religiosidade e aqueles que possam diminuí-los, e assim intervir nesses fatores para aprimorar resultados que os aspectos espirituais e religiosos podem gerar.

O envelhecimento revela a importância de um olhar diferenciado para o idoso, bem como para aquele que também desempenha papel de cuidador, e assim, identificar aspectos que afetam suas condições de vida e traçar um planejamento de assistência multiprofissional. Assim, ao buscar o cuidado integral da pessoa idosa que englobe todas as suas necessidades, é importante que as questões espirituais e religiosas sejam consideradas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar quais fatores sociodemográficos, aspectos emocionais, de saúde mental e apoio social estão associados à espiritualidade e religiosidade de idosos cuidadores e não cuidadores.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar idosos cuidadores e não cuidadores segundo as variáveis sociodemográficas;
- Comparar idosos cuidadores e não cuidadores segundo as variáveis de desempenho cognitivo, sintomas depressivos, estresse percebido, desempenho funcional e apoio social;
- Comparar a espiritualidade e religiosidade de idosos cuidadores e não cuidadores;
- Analisar os fatores associados à espiritualidade dos idosos cuidadores e não cuidadores.
- Analisar os fatores associados à religiosidade dos idosos cuidadores e não cuidadores.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Delineamento

O enfoque metodológico utilizado foi de uma pesquisa do tipo quantitativa, transversal, observacional e exploratória com grupo de comparação pareado.

Trata-se de um recorte do projeto intitulado “Apoio social, cuidado e cognição um estudo com idosos cuidadores”, financiado pela FAPESP (Processo no. 2017/04129-9) que foi desenvolvido em parceria entre Departamento de Gerontologia e Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), para o qual foi desenvolvido um protocolo, composto por instrumentos de avaliação de variáveis psicológicas, físicas e cognitivas dos indivíduos.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no município de São Carlos, situado na região centro-leste do estado de São Paulo, nas áreas de abrangência de 18 Unidades de Saúde da Família (USF).

A cidade de São Carlos está localizada na região centro-leste do interior do Estado de São Paulo e cresce de forma significativa. Segundo o Censo de 2010, contou com uma população de aproximadamente 222 mil habitantes e, em 2019, a população estimada atingiu 251 mil habitantes. Do total da população do município, mais de 12% eram idosos, ou seja, aproximadamente 29 mil pessoas possuem 60 anos de idade ou mais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2019).

4.3 População e amostra

O estudo foi realizado com dois grupos: (1) idosos cuidadores de outros idosos e (2) idosos que não realizavam o cuidado e nem residiam com outros idosos.

Para identificar os idosos cuidadores foi realizada, no momento do aceite na pesquisa, uma pré-avaliação para obter informações sobre o desempenho em atividades básicas (ABVDs) e instrumentais (AIVDs) de vida diária por meio do Índice de Katz (ANEXO 1) e Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton e Brody (1969) (ANEXO 2), respectivamente.

Com base nesta classificação, o idoso independente ou com menor dependência foi considerado o cuidador; e o idoso com maior dependência, o receptor de cuidados. No entanto, esses cuidadores também deviam atender aos seguintes critérios de inclusão: (1) ter 60 anos de idade ou mais; (2) estar cadastrado em uma USF do município; (3) ser cuidador primário de um idoso dependente, residente no mesmo domicílio. Como critérios de exclusão foram definidos: (1) ambos os idosos da residência com pontuação indicativa de independência nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs); (2) transtorno neurológico autorrelatado e alcoolismo e/ou uso de drogas psicoativas; (3) apresentar comprometimento auditivo grave.

Para o grupo dos idosos não cuidadores, os critérios de inclusão foram: (1) ter 60 anos de idade ou mais; (2) estar cadastrado em uma USF do município; (3) não residir nem prestar cuidados a outro idoso. Quanto aos critérios de exclusão: (1) transtorno neurológico autorrelatado e alcoolismo e/ou uso de drogas psicoativas; (2) apresentar comprometimento auditivo grave.

O tamanho da amostra foi calculado com base em um estudo piloto realizado com n=10 idosos cuidadores e n=10 não cuidadores atendidos

pelos USF. Estabelecendo o nível de significância alfa em 5% e o poder da amostra em 80%, de acordo com Hulley et al. (2007) e com base nas médias e desvio padrão da amostra piloto, estimou-se que uma amostra de pelo menos $n= 46$ participantes para cada grupo pudesse ser representativa nas análises.

Foi selecionada uma amostra inicial de conveniência com $n=125$ idosos cuidadores, dos quais $n=40$ não se encaixavam nos critérios de inclusão. A amostra final foi composta por $n= 85$ idosos cuidadores. Quanto ao grupo não cuidadores, selecionamos uma amostra inicial de $n=124$ idosos dos quais $n=40$ não se encaixavam nos critérios de inclusão. A amostra final de não cuidadores foi de $n= 84$. Eles foram pareados por sexo, idade e escolaridade.

4.4 Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de junho de 2016 a julho de 2017, por meio de entrevistas realizadas pela pesquisadora e por alunos de pós-graduação devidamente capacitados para aplicação dos instrumentos.

Inicialmente foi solicitada uma lista com os nomes e endereços dos idosos cadastrados nos USF do município. Esses idosos foram visitados em suas residências e aqueles que se enquadravam nos critérios foram convidados a participar da pesquisa. As entrevistas aconteceram em dias e horários que lhes fossem convenientes e após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1), foram coletadas informações de caracterização sociodemográfica, saúde e do cuidado além dos instrumentos de espiritualidade, religiosidade, cognição, estresse, sintomas depressivos e apoio social.

4.5 Instrumentos para coleta de dados

4.5.1 Caracterização sociodemográfica dos idosos cuidadores e não cuidadores (APÊNDICE 2)

Instrumento elaborado para esta pesquisa com informações sobre sexo, idade, escolaridade, estado civil, renda individual e familiar, aposentadoria, religião, praticante, tempo de prática religiosa e avaliação da satisfação com a vida.

4.5.2 Caracterização do cuidado prestado pelo cuidador (APÊNDICE 3)

Instrumento elaborado para esta pesquisa com informações sobre quem cuida, há quanto tempo cuida (anos), quantas horas por dia se dedica ao cuidado, se recebe ajuda material/ financeira, afetiva/ emocional.

4.5.3 Índice de Katz (ANEXO 1)

Para avaliação das ABVDs foi utilizado o Índice de Katz, desenvolvido em 1963 por Katz e colaboradores. Este instrumento é composto por seis itens: alimentação, controle dos esfíncteres, transferência, higiene, aptidão para se vestir e para banhar-se (KATZ et al., 1963). Para pontuação foi considerado o número de atividades em que o idoso apresentou dependência, que pode variar de zero (independente para todas as funções) até seis (dependente para todas as funções), de acordo com a versão publicada pelo *Hartford Institute for Geriatric Nursing* em 1998 e revisada em 2012 (HARTFORD, 1998; 2012).

4.5.4 Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton e Brody (ANEXO 2)

Na avaliação das AIVDs foi utilizada a Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton e Brody (1969), que avalia o grau de independência para: usar o telefone, viajar, fazer compras, preparar refeições, realizar trabalho doméstico, usar medicamentos e manejar o dinheiro. Foram utilizados os seguintes escores para classificação na escala: dependência total= 7 pontos; dependência parcial >7 e <21 pontos; e independência= 21 pontos (SANTOS; VIRTUOSO JUNIOR, 2008).

4.5.5 Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro (EEPP-R) (ANEXO 3)

Tem origem portuguesa. Foi construída por Pinto e Pais-Ribeiro (2007) e aplicada em 426 pacientes que se encontravam em fase de pós-tratamento de câncer do Instituto Português de Oncologia do Porto, nas consultas externas e no Hospital Militar D. Pedro V (Portugal). Sua validação para o Brasil foi realizada por Chaves et al. (2010) com 62 pacientes com DRC em hemodiálise de um hospital do sul de Minas Gerais. A EEPP-R apresentou propriedades métricas confiáveis e válidas para ser aplicada em pessoas idosas com um coeficiente alfa global de 0,81 (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2017).

O instrumento é composto por cinco questões focadas na atribuição de sentido/ significado da vida, na construção da esperança e de uma perspectiva de vida positiva. As respostas são itens pontuados separadamente, dadas numa escala de quatro alternativas, entre “não concordo” a “concordo plenamente” em que a pontuação varia de 1 a 4. Da análise fatorial resultaram duas sub-escalas, uma constituída por dois itens que se referem a uma dimensão vertical da espiritualidade, denominada de “Crenças” e outra constituída por três itens que se referem a uma dimensão horizontal da espiritualidade, denominada “Esperança/Otimismo”. A pontuação

de cada sub-escala é efetuada por meio da média dos itens da mesma, como se segue: “Crenças = (Questão1 + Questão2)/2”; “Esperança/otimismo = (Questão3 + Questão4 + Questão5)/3” (PINTO; PAIS RIBEIRO, 2007). A média da pontuação da referida escala pode variar de 1 a 4 sendo que quanto maior o valor obtido em cada item, maior a concordância com a dimensão avaliada. Cabe informar que o ponto médio é de 2,5. Portanto, valores inferiores a esse ponto de corte correspondem a escores baixos e valores superiores a escores elevados de espiritualidade (CHAVES et al., 2010).

4.5.6 Índice de Religiosidade de Duke – DUREL (ANEXO 4)

Foi desenvolvido na *Duke University* nos Estados Unidos. É um instrumento de fácil e rápida aplicação, composto por uma escala do tipo *Likert* que aborda alguns dos principais domínios da religiosidade e vem sendo utilizada em diversas culturas.

Possui cinco itens que mensuram três das dimensões de religiosidade que mais se relacionam com desfechos em saúde: religiosidade organizacional (RO) – item 1 – que corresponde à frequência à instituição religiosa; religiosidade não organizacional (RNO) – item 2 – avalia o tempo dedicado às atividades religiosas individuais; e, religiosidade intrínseca (RI) – itens 3, 4 e 5 – diz respeito à centralidade da religião na vida da pessoa.

O primeiro item do instrumento (RO) pergunta: “*Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?*” e o segundo item (RNO) é “*Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?*”. As respostas a esses dois primeiros itens são do tipo *Likert* com pontuação de 1 “*Mais do que uma vez ao dia*” a 6 “*Raramente ou nunca*”. Os três itens restantes (RI) são: “*Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo)*”, “*As minhas crenças*

religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver" e *"Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida"*. Os respondentes devem assinalar o quanto essas frases se aplicam a eles, em uma escala que varia de 1 (Totalmente verdade para mim) a 5 (Não é verdade). A mensuração da RI é então a soma das pontuações obtidas nesses três itens, sendo o número máximo de pontos igual a 15. No presente estudo, a pontuação dos cinco itens da DUREL é invertida, de forma que, quanto menor a pontuação, maior a religiosidade (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2008).

Na análise dos resultados recomenda-se que as três dimensões (RO, RNO e RI) sejam analisadas separadamente, e que os escores dessas três dimensões não sejam somados em um escore total. As dimensões da religiosidade mensuradas por esse instrumento têm se mostrado relacionadas a diversos indicadores de saúde física e mental, além de suporte social (KOENIG et al., 1997).

A versão em português da escala de Religiosidade de Duke foi feita por Moreira-Almeida et al. (2008). Lucchetti et al. (2012) validaram o instrumento traduzido para o português em uma amostra de baixa renda em São Paulo. Taunay et al. (2012) realizaram a confiabilidade do instrumento e verificou as propriedades psicométricas em estudantes universitários e pacientes psiquiátricos e mostrou adequada consistência interna (α de Cronbach > 0,80) e confiabilidade teste-reteste (Coeficiente de Correlação Intraclasse > 0,90) em ambas as amostras.

4.5.7 Exame Cognitivo de Addenbrooke – Revisado (ACE-R) (ANEXO 5)

A cognição foi avaliada por meio da bateria cognitiva Addenbrooke's Cognitive Examination - Revised (ACE-R). A versão original do Exame Cognitivo de Addenbrooke (ACE) foi construído por Mathuranath et al. (2000), no hospital de Addenbrooke, na cidade de Cambridge, Reino Unido,

com a proposta de ser uma bateria breve para avaliação dos estágios iniciais de Demência Frontotemporal e da Doença de Alzheimer (DA). A versão revisada (ACE-R) foi proposta por Mioshi e colaboradores (2006) com o objetivo de validá-la em uma versão de cinco domínios cognitivos (orientação/atenção, memória, fluência verbal, linguagem e habilidade construtiva visual).

O ACE-R foi validado para o Brasil em 2007 por Carvalho e Caramelli, com 21 idosos sem indícios de alterações cognitivas, e outro estudo do mesmo grupo definiu notas de corte para o instrumento (CARVALHO; BARBOSA; CARAMELLI, 2010). O escore geral do ACE-R varia de 0 a 100 pontos, podendo os domínios de orientação/atenção (18 pontos), memória (26 pontos), fluência verbal (14 pontos), linguagem (26 pontos) e habilidades viso espaciais (16 pontos) serem avaliados individualmente. Notas de corte para cada domínio foram definidas como: <17 pontos para orientação/atenção, <15 pontos para memória, <8 pontos para fluência verbal, <22 pontos para linguagem e <13 para habilidade viso construtiva. Valores abaixo da nota de corte podem indicar comprometimento cognitivo no determinado domínio. Para a presente pesquisa, valores abaixo de 65 pontos foram considerados com comprometimento cognitivo (CÉSAR et al., 2017).

4.5.8 Escala de Estresse Percebido (PSS) (ANEXO 6)

Essa é uma escala criada por Cohen et al. (1983), traduzida e validada para o Brasil por Luft et al. (2007). Os itens foram designados para verificar o quão imprevisível, incontrolável e sobrecarregada os respondentes avaliam suas vidas e percebem as situações como estressantes. É uma escala geral, que pode ser usada em diversos grupos etários. A PSS possui 14 questões com opções de resposta que variam de zero a quatro (0=nunca; 1=quase nunca; 2=às vezes; 3=quase sempre 4=sempre). As questões com

conotação positiva (4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13) têm sua pontuação somada invertida, da seguinte maneira, 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 e 4=0. As demais questões são negativas e devem ser somadas diretamente. O total da escala é a soma das pontuações destas 14 questões e os escores podem variar de zero a 56, sendo que, quanto maior a pontuação, maior o nível de estresse percebido pelo indivíduo.

4.5.9 Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) (ANEXO 7)

Trata-se de uma versão curta da escala original (GDS-30) elaborada por Yesavage (1983), a partir dos itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão. No Brasil, a validação da escala foi realizada por Almeida e Almeida (1999). É uma escala dicotômica (Sim x Não), em que os indivíduos assinalam a presença ou a ausência de sintomas referentes ao humor, que torna possível um rastreamento dos sintomas depressivos. A pontuação pode variar de 0 a 15 pontos e o ponto de corte é maior ou igual a seis pontos - indicativo de possível quadro depressivo - segundo estudo de Almeida e Almeida (1999). Neste estudo utilizou-se também a classificação sem sintomas depressivos (0 a 5 pontos) e com sintomas depressivos (6 pontos ou mais).

4.5.10 Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study (MOS) (ANEXO 8)

Desenvolvida para o Medical Outcomes Study (MOS) por Sherbourne e Stewart (1991) e adaptada para a população brasileira pela equipe de Griep no estudo Pró Saúde no Rio de Janeiro (GRIEP et al., 2005). É composta por 19 itens que abrangem cinco dimensões de apoio social: material, afetivo, emocional, interação social positiva e informação. Para cada item, o sujeito deve indicar com que frequência considera disponível cada tipo

de apoio. A pontuação é dada por uma escala tipo Likert de cinco pontos variando de nunca a sempre. Os escores para cada domínio variam de 20 a 100, quanto maior a pontuação, maior o nível de apoio social recebido. A consistência interna da escala apresenta um alpha de Cronbach igual ou maior do que 0,83 para todas as dimensões.

4.6 Descrição das variáveis para análise de regressão

4.6.1 Variáveis dependentes

Quadro 1. Descrição das dimensões das variáveis dependentes espiritualidade e religiosidade.

Variável	Dimensões
Espiritualidade	<i>Espiritualidade global</i> <i>Domínios crença</i> <i>Domínio esperança/otimismo</i>
Religiosidade	<i>Religiosidade Organizacional</i> <i>Religiosidade Não Organizacional</i> <i>Religiosidade Intrínseca</i>

4.6.2 Variáveis independentes

- Sociodemográficas

Quadro 2. Descrição das variáveis sociodemográficas categóricas

Variável	Categorias
Sexo	<i>Masculino</i> <i>Feminino</i>
Idade (anos)	**
Estado civil	<i>Sem companheiro</i> <i>Com companheiro</i>
Escolaridade (anos)	**
Aposentadoria	<i>Sim</i> <i>Não</i>
Religião	<i>Católico</i> <i>Evangélico</i>

	<i>Outras</i>
Renda cuidador (reais)	**
Renda familiar (reais)	**
Satisfação com a vida	<i>Mais ou menos/Pouco Muito</i>

**Variáveis contínuas

- Características do cuidado

Quadro 3. Descrição das variáveis categóricas relacionadas ao cuidado

Variável	Categorias
De quem cuida	<i>Cônjuge Demais</i>
Tempo de cuidado (anos)	**
Horas de cuidado	**
Recebe ajuda material	<i>Não recebe Sim e suficiente Sim e insuficiente</i>
Recebe ajuda afetiva/emocional	<i>Não recebe Sim e insuficiente Sim e suficiente</i>

**Variáveis contínuas

- Demais variáveis do estudo

Quadro 4. Descrição das demais variáveis de interesse do estudo

Variável	Categorias
Sintomas depressivos	<i>Com sintomas Sem sintomas</i>
Estresse percebido	**
Cognição/ACE-R	<i>Sem comprometimento Com comprometimento</i>
MOS Apoio material	**
MOS Apoio afetivo	**
MOS Apoio emocional	**
MOS Apoio interação social	**
MOS Apoio informação	**
AIVD/Lawton e Brody	<i>Dependência parcial Independência</i>

**Variáveis contínuas

4.7 Análises estatísticas

Os dados foram analisados no software The SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versão 9,2. Para descrever o perfil da amostra segundo as variáveis em estudo foram feitas tabelas de frequência das variáveis categóricas, com valores de frequência absoluta (n) e percentual (%), e estatísticas descritivas das variáveis numéricas, com valores de média, desvio padrão e mediana.

Para comparar as variáveis categóricas entre os dois grupos foram utilizados os testes qui-quadrado ou exato de Fisher (para valores esperados menores que cinco). E para comparação das variáveis numéricas entre os dois grupos foi utilizado o teste de Mann-Whitney, devido à ausência de distribuição normal das variáveis, constadas pelo teste de normalidade de Shapiro-Wilk e de Kolmogorov-Smirnov.

Para estudar os fatores associados com à espiritualidade e à religiosidade foi utilizada a análise de regressão linear simples e múltipla com critério Stepwise de seleção, em que entraram no modelo final variáveis com o valor $p \leq 0,20$, com transformação por postos (ranks) das variáveis sem distribuição normal.

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ($p < 0,05$).

4.8 Aspectos éticos

A pesquisa foi autorizada pela Secretaria de Saúde do município de São Carlos e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) (parecer n. 1.123.813/2015 e CAAE: 80458017.7.0000.5504) (ANEXO 9).

Vale ressaltar que o TCLE elaborado para a coleta dos dados foi apresentado a cada participante da pesquisa, com esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa, sobre a participação ser de livre e espontânea vontade, com possibilidade de desistência a qualquer momento, bem como a garantia de anonimato. Logo após, foi solicitada a assinatura de duas vias do TCLE, em que uma via era para o pesquisador e outra para o participante.

5 RESULTADOS

Abaixo estão apresentados os resultados da pesquisa que se dividem em: I- Caracterização dos idosos cuidadores e não cuidadores segundo as variáveis sociodemográficas; II- Comparação dos idosos cuidadores e não cuidadores segundo as variáveis de desempenho cognitivo, sintomas depressivos, estresse percebido, desempenho funcional e apoio social; III- Avaliação da espiritualidade e religiosidade de idosos cuidadores e não cuidadores; IV- Análise dos fatores associados à espiritualidade dos idosos cuidadores e não cuidadores; e V- Análise dos fatores associados à religiosidade dos idosos cuidadores e não cuidadores.

5.1 Caracterização dos idosos cuidadores e não cuidadores segundo as variáveis sociodemográficas

Neste estudo foram avaliados 85 idosos cuidadores e 84 não cuidadores, cadastrados e residentes na área de abrangência das USF do município de São Carlos, interior de São Paulo.

Na Tabela 1, estão descritas as características sociodemográficas dos idosos cuidadores e não cuidadores de acordo com sexo, idade, estado civil, escolaridade, fontes de renda e religião, bem como a comparação dessas variáveis entre os grupos.

Tabela 1. Distribuição das variáveis sociodemográficas em idosos cuidadores (n=85) e não cuidadores (n=84). São Carlos, SP, Brasil, 2016-2017

Variáveis Sociodemográficas	Cuidador	Não Cuidador	p-valor
	n (%)	n (%)	
Sexo			0,086*
Feminino	71 (83,5)	61 (72,6)	
Masculino	14 (16,4)	23 (27,3)	

*continua**Resultados*

Idade Média±DP	69,6±5,9	70,8±7,5	0,477**
60 a 69 anos	49 (57,6)	42 (50,0)	
70 a 79 anos	30 (35,2)	30 (35,7)	
80 anos ou mais	6 (7,0)	12 (14,2)	
Estado civil			<0,001***
Casado	75 (88,2)	15 (18,0)	
Solteiro	6 (7,0)	6 (7,2)	
Divorciado/Separado	4 (4,7)	11 (13,2)	
Viúvo	0	51 (61,4)	
Escolaridade Média±DP	3,9±3,5	3,5±2,8	0,969**
9 anos ou mais	9 (10,5)	6 (7,1)	
5 a 8 anos	12 (14,1)	15 (17,8)	
1 a 4 anos	45 (52,9)	49 (58,3)	
Analfabeto	19 (22,3)	14 (16,6)	
Aposentado			0,003*
Sim	63 (74,1)	76 (91,5)	
Não	22 (25,8)	7 (8,4)	
Renda individual Média±DP	[n=83]	[n=76]	
	978,3±854,7	1278,1±642,6	<0,001**
Renda familiar Média±DP	[n=75]	[n=65]	
	2259,8±1299,5	1675,0±858,7	<0,001**
Religião			0,514***
Católicos	56 (65,8)	58 (69,8)	
Evangélico	19 (22,3)	19 (22,8)	
Congregação cristã	5 (5,8)	3 (3,6)	
Adventista	0	1 (1,2)	
Espírita	1 (1,1)	2 (2,4)	
Budista	1 (1,1)	0	
Outros	3 (3,5)	0	
Praticante			0,308*
Sim	70 (82,3)	73 (87,9)	
Não	15 (17,6)	11 (12,0)	
Anos de praticante	[n=69]	[n=73]	0,187***
10 anos ou mais	63 (91,3)	65 (89,0)	
1 a 9 anos	3 (4,3)	8 (10,9)	
Menos de 1 ano	3 (4,3)	0	

DP: desvio-padrão; *Teste Qui-Quadrado; **Mann-Whitney; ***Teste Exato de Fisher

Fonte: elaboração própria

Observa-se que em ambos os grupos, houve prevalência do sexo feminino, a média de idade [69,6 (\pm 5,9) anos - cuidadores e 70,8 (\pm 7,5) anos - não cuidadores] e escolaridade [3,9 (\pm 3,5) anos - cuidadores e 3,5 (\pm 2,8) anos - não cuidadores] foram similares. Quanto à religião, a prevalência nos dois grupos foi a católica, sendo a maioria praticante há mais de 10 anos. Também foram questionados sobre a satisfação com a vida, de modo que, tanto os cuidadores (n=67; 78,8%) quanto os não cuidadores (n=62; 74,7%) relataram muita satisfação.

Verificou-se diferença significativa entre cuidadores e não cuidadores para: estado civil (maior frequência de casado nos cuidadores e de viúvos, separados e divorciados nos não cuidadores), aposentado (a maioria dos não cuidadores era aposentado), renda individual (maior nos não cuidadores) e renda familiar (maior nos cuidadores) (Tabela 1).

A Tabela 2 mostra a caracterização do cuidado prestado apenas pelos cuidadores, sobre quem cuida, tempo de cuidado, horas de cuidado, se recebe ajuda.

Tabela 2. Distribuição dos idosos cuidadores (n=85) quanto às variáveis do cuidado. São Carlos, SP, Brasil, 2016-2017

Caracterização do cuidado	n (%)
De quem cuida	
Cônjuge	75 (88,2)
Pai/mãe	4 (4,70)
Irmão/irmã	3 (3,5)
Outro	3 (3,5)
Tempo de cuidado (anos) Média (\pmDP)	16,4 (\pm 17,7)
Horas de cuidado/dia Média (\pmDP)	5,9 (\pm 4,8)
Ajuda financeira/material	
Não recebe	66 (77,6)
Suficiente	14 (16,4)
Insuficiente	5 (5,8)

*continua***Ajuda afetiva/emocional**

Não recebe	49 (57,6)
Suficiente	30 (35,2)
Insuficiente	6 (7,0)

Fonte: elaboração própria

A maioria cuidava do cônjuge (n=75; 88,2%), em média de 16,41 ($\pm 17,7$) anos e por 5,9 ($\pm 4,8$) horas por dia. Foram questionados sobre a ajuda que recebiam para o cuidado e maioria relatou não receber ajuda financeira/material (n=66; 77,6%) e nem afetiva/emocional (n=49; 57,6%).

5.2 Comparação dos idosos cuidadores e não cuidadores segundo as variáveis, desempenho cognitivo, sintomas depressivos, estresse percebido, desempenho funcional e apoio social

A Tabela 3 mostra as análises descritivas e de comparação dos idosos cuidadores e não cuidadores segundo as variáveis cognição, sintomas depressivos, estresse percebido, desempenho funcional e apoio social.

Tabela 3. Descrição e comparação dos idosos cuidadores (n=85) e não cuidadores (n=84) segundo as variáveis cognição, sintomas depressivos, estresse percebido, desempenho funcional e apoio social. São Carlos, SP, Brasil, 2016-2017

Caracterização das variáveis	Cuidador	Não cuidador	p-valor
	Média±DP [mediana]	Média±DP [mediana]	
Cognição			
ACE-R Total	62,8±16,5 [64]	62,0±17,9 [61]	0,734**
Atenção/Orientação	13,4±2,3 [13]	13,7±2,7 [14]	0,417**
Memória	14,6±5,8 [14]	14,3±6,0 [14]	0,795**
Fluência verbal	5,8±2,8 [6]	5,7±2,9 [5]	0,745**
Linguagem	18,7±4,9 [19]	17,8±5,7 [18]	0,307**
Habilidade visuo-espacial	10,1±3,5 [10]	10,3±3,3 [10]	0,915**
Com comprometimento [n(%)]	58 (68,2)	57 (67,8)	0,958*
Sem comprometimento [n(%)]	27 (31,7)	27 (32,1)	
Sintomas depressivos			
Severos [n(%)]	3,7±2,7 [3]	3,6±2,6 [3]	0,646**
Leves [n(%)]	2 (2,3)	2 (2,3)	0,880***
Sem sintomas [n(%)]	16 (18,8)	13 (15,4)	
	67 (78,8)	69 (82,1)	
Estresse Percebido			
	18,6±10,4 [18]	16,7±8,5 [16]	0,341**
Desempenho Funcional			
	19,8±1,7 [21]	18,6±2,7 [20]	0,008**
Dependência parcial [n(%)]	39 (45,8)	51 (61,4)	0,043*
Independência [n(%)]	46 (54,1)	32 (38,5)	
Apoio Social			
Apoio Material	87,4±18,7 [100]	91,1±18,6 [100]	0,040**
Apoio Afetivo	89,8±19,4 [100]	91,6±19,3 [100]	0,328**
Apoio Emocional	86,4±21,5 [100]	89,9±18,7 [100]	0,256**
Interação Social Positiva	84,2±23,5 [100]	89,2±20,0 [100]	0,158**
Informação	85,5±20,6 [95]	90,6±18,0 [100]	0,023**

*Teste Qui-Quadrado; **Mann-Whitney; ***Teste Exato de Fisher

Fonte: elaboração própria

Para a análise do desempenho cognitivo utilizou-se a média da pontuação obtida no Exame Cognitivo de Addenbrooke – Revisado (ACE-R), e a média por domínios para os idosos cuidadores e não cuidadores. Quanto àqueles com indícios de comprometimento cognitivo com pontuação <65 pontos no ACE-R e sem indícios de comprometimento cognitivo com pontuação >65 pontos no instrumento, foi possível identificar que a maioria dos idosos cuidadores (n=58; 68,2%) e não cuidadores (n=57; 67,8%) apresentou indícios de comprometimento cognitivo.

Na avaliação de sintomas depressivos na amostra de idosos cuidadores do presente estudo, foi utilizada a GDS na versão de 15 itens com variação possível de 0 a 15 pontos. Para os cuidadores, a média de pontuação foi de 3,7 ($\pm 2,7$) e a variação obtida de 0 a 14 pontos e quanto aos não cuidadores a média foi 3,6 ($\pm 2,6$) com variação de 0 a 13 pontos. Destaca-se que a maioria dos idosos cuidadores (n=67; 78,8%) e não cuidadores (n=69; 82,1%) não apresentou sintomas depressivos.

A avaliação do nível de estresse percebido dos cuidadores apresentou uma pontuação média de 18,6 ($\pm 10,4$), mediana de 18 e variação obtida de 2 a 51 pontos. Para os não cuidadores, a média foi de 16,7 ($\pm 8,5$) pontos, mediana de 16 e variação de 0 a 36 pontos.

Quanto à avaliação do desempenho funcional por meio da Escala de Lawton e Brody, os idosos cuidadores apresentaram uma pontuação média de 19,8 ($\pm 1,7$) e variação obtida de 12 a 21 pontos. A maioria (n=46; 54,1%), apresentou independência para as AIVDs, seguidos de 39 (45,8%) com dependência parcial. Resultado diferente foi encontrado com os não cuidadores, pois a maioria (n=51; 61,4%) apresentava dependência parcial, média de 18,6 ($\pm 2,7$) e variação de 10 a 21 pontos.

O apoio social segundo seus domínios foi avaliado por meio da Escala do MOS. Os idosos não cuidadores apresentaram médias de pontuação maiores em todos os domínios. Em ambos os grupos, a maior pontuação foi no

apoio afetivo com média de 89,8 ($\pm 19,4$) para os cuidadores e 91,6 ($\pm 19,3$) para os não cuidadores.

Na análise de comparação, verificou-se diferença significativa entre cuidadores e não cuidadores para o desempenho funcional nas AIVDs, de forma que a maior frequência de independência foi nos idosos cuidadores e de dependência parcial nos não cuidadores. Diferença estatisticamente significativa foi encontrada também na escala de apoio social, nos domínios apoio material e informação, sendo esses menores nos cuidadores.

5.3 Avaliação da espiritualidade e religiosidade de idosos cuidadores e não cuidadores

Para avaliar a espiritualidade dos idosos cuidadores e não cuidadores foi aplicada a EEPP-R (Tabela 4).

Tabela 4. Comparação dos idosos cuidadores (n=85) e não cuidadores (n=84) segundo espiritualidade. São Carlos, SP, Brasil, 2016-2017

Espiritualidade	Cuidador		Não cuidador		p-valor*
	Média(\pm DP)	Mediana	Média(\pm DP)	Mediana	
Global	3,55 ($\pm 0,54$)	3,80	3,44 ($\pm 0,46$)	3,40	0,024
Crença	3,84 ($\pm 0,33$)	4,00	3,75 ($\pm 0,46$)	4,00	0,374
Esperança/Otimismo	3,36 ($\pm 0,76$)	3,67	3,23 ($\pm 0,63$)	3,33	0,043

*Mann-Whitney

Fonte: elaboração própria

Os cuidadores pontuaram médias e medianas mais elevadas em todas as dimensões quando comparados aos não cuidadores. Contudo, em ambos os grupos as dimensões pontuaram acima do ponto médio de 2,5, indicando escores elevados de espiritualidade.

O teste de Mann-Whitney foi realizado para identificar a diferença entre os cuidadores e não cuidadores, segundo cada dimensão da espiritualidade. Verificou-se diferença significativa para a pontuação global e pontuação no domínio esperança/ otimismo. Desse modo, os idosos cuidadores possuíam espiritualidade mais elevada, estatisticamente significativa.

A Tabela 5 evidencia a avaliação da religiosidade dos idosos cuidadores e não cuidadores, segundo a DUREL.

Tabela 5. Comparação dos idosos cuidadores (n=85) e não cuidadores (n=84) segundo religiosidade. São Carlos, SP, Brasil, 2016-2017

Religiosidade	Cuidador		Não cuidador		p-valor*
	Média (\pm DP)	Mediana	Média (\pm DP)	Mediana	
Organizacional	2,80 (\pm 1,65)	3,00	2,51 (\pm 1,50)	2,00	0,276
Não Organizacional	1,61 (\pm 0,60)	2,00	1,89 (\pm 1,19)	2,00	0,455
Intrínseca	4,46 (\pm 1,80)	4,00	4,28 (\pm 1,69)	3,00	0,518

*Mann-Whitney

Fonte: elaboração própria

Os cuidadores apresentaram médias e medianas de RO e RI superiores ao dos não cuidadores. Contudo, na análise de comparação de Mann-Whitney não houve diferença estatisticamente significante entre os idosos cuidadores e não cuidadores quanto ao nível de religiosidade, de modo que, em ambos os grupos a religiosidade foi elevada.

5.4 Fatores associados à espiritualidade dos idosos cuidadores e não cuidadores

A apresentação dos resultados dos fatores associados à espiritualidade está dividida entre os grupos: primeiramente os idosos cuidadores e em segundo, os não cuidadores.

Análises de regressão linear simples e múltiplas foram realizadas para identificar os fatores relacionados à espiritualidade dos idosos cuidadores e não cuidadores.

5.4.1 Espiritualidade de idosos cuidadores

A Tabela 6 apresenta os resultados da regressão linear simples, para estudar a relação das variáveis de interesse com o escore global de espiritualidade, o domínio crença e o domínio esperança/ otimismo dos idosos cuidadores.

Tabela 6. Análise de regressão linear simples para espiritualidade global, domínios crença e esperança/otimismo em idosos cuidadores (n=85). São Carlos, SP, Brasil, 2016-2017

Variável	Categorias	Espiritualidade global			Crença			Esperança /otimismo		
		Beta (EP)*	Valor-P	R ²	Beta (EP)*	Valor-P	R ²	Beta (EP)*	Valor-P	R ²
Sexo	<i>Masculino</i>	---			---			---		
	<i>Feminino</i>	15,22 (6,78)	0,028	0,0572	16,63 (5,06)	0,002	0,1152	12,19 (6,80)	0,077	0,0373
Idade (anos)	<i>Variável contínua</i>	-0,05 (0,11)	0,655	0,0024	0,07 (0,08)	0,397	0,0086	-0,05 (0,10)	0,639	0,0027
Estado civil	<i>Sem companheiro</i>	---			---			---		
	<i>Com companheiro</i>	10,94 (7,95)	0,173	0,0223	-2,49 (6,19)	0,688	0,0020	12,07 (7,87)	0,129	0,0276
Escolaridade (anos)	<i>Variável contínua</i>	0,08 (0,11)	0,483	0,0060	-0,01 (0,08)	0,943	0,0001	0,09 (0,11)	0,420	0,0079
Religião	<i>Católico</i>	---			---			---		
	<i>Evangélico</i>	6,15 (6,34)	0,335		0,04 (4,91)	0,994		5,38 (6,30)	0,395	
	<i>Outras</i>	3,65 (8,20)	0,657	0,0121	2,50 (6,35)	0,694	0,0020	4,42 (8,14)	0,588	0,0106
Renda cuidador	<i>Variável contínua</i>	0,12 (0,11)	0,299	0,0133	-0,03 (0,09)	0,773	0,0010	0,11 (0,11)	0,312	0,0126
Renda familiar	<i>Variável contínua</i>	0,31 (0,12)	0,014	0,0807	0,14 (0,10)	0,157	0,0272	0,30 (0,12)	0,015	0,0791
De quem cuida	<i>Cônjuge</i>	---			---			---		
	<i>Demais</i>	-7,69 (8,38)	0,361	0,0102	1,63 (6,51)	0,804	0,0008	-8,64 (8,30)	0,301	0,0130
Tempo de cuidado	<i>Variável contínua</i>	0,08 (0,11)	0,455	0,0071	0,03 (0,09)	0,726	0,0016	0,11 (0,11)	0,322	0,0124
Horas de cuidado	<i>Variável contínua</i>	-0,06 (0,11)	0,557	0,0043	-0,17 (0,08)	0,042	0,0503	-0,02 (0,11)	0,827	0,0006
Recebe ajuda material	<i>Não recebe</i>	---			---			---		
	<i>Sim e suficiente</i>	8,94 (7,01)	0,205		1,35 (5,47)	0,806		10,83 (6,92)	0,122	
	<i>Sim e insuficiente</i>	0,20 (11,04)	0,986	0,0199	0,68 (8,62)	0,937	0,0008	-0,22 (10,90)	0,984	0,0298
Recebe ajuda afetiva/emocional	<i>Sim e insuficiente</i>	---			---			---		
	<i>Sim e suficiente</i>	29,80 (10,97)	0,008		22,28 (8,63)	0,012		30,43 (10,79)	0,006	
	<i>Não recebe</i>	17,93 (10,66)	0,096	0,1068	18,90 (8,39)	0,027	0,0761	17,05 (10,48)	0,108	0,1225
Satisfação com a	<i>Mais ou menos/Pouco</i>	---			---			---		

(continua)

vida	<i>Muito</i>	15,51 (6,11)	0,013	0,0720	12,90 (4,67)	0,007	0,0840	14,66 (6,08)		0,0654
Sintomas depressivos	<i>Com sintomas</i>	---			---			---		
	<i>Sem sintomas</i>	20,19 (5,94)	0,001	0,1222	18,40 (4,45)	<0,001	0,1709	17,83 (5,98)	0,004	0,0968
Estresse percebido	<i>Variável contínua</i>	-0,29 (0,10)	0,005	0,0920	-0,25 (0,08)	0,002	0,1108	-0,27 (0,10)	0,010	0,0782
Cognição/ACE-R	<i>Sem comprometimento</i>	---			---			---		
	<i>Com comprometimento</i>	3,96 (5,55)	0,477	0,0061	1,44 (4,28)	0,738	0,0014	4,04 (5,50)	0,465	0,0065
MOS Apoio material	<i>Variável contínua</i>	0,40 (0,11)	<0,001	0,1456	0,14 (0,09)	0,100	0,0322	0,41 (0,10)	<0,001	0,1560
MOS Apoio afetivo	<i>Variável contínua</i>	0,41 (0,12)	0,001	0,1219	0,25 (0,09)	0,011	0,0753	0,40 (0,12)	0,001	0,1225
MOS Apoio emocional	<i>Variável contínua</i>	0,27 (0,11)	0,020	0,0633	0,15 (0,09)	0,086	0,0351	0,29 (0,11)	0,012	0,0746
MOS Apoio interação social	<i>Variável contínua</i>	0,37 (0,11)	0,001	0,1227	0,15 (0,09)	0,090	0,0342	0,39 (0,11)	<0,001	0,1366
MOS Apoio informação	<i>Variável contínua</i>	0,30 (0,11)	0,006	0,0878	0,13 (0,09)	0,133	0,0270	0,33 (0,11)	0,003	0,1050
AIVD/Lawton e Brody	<i>Dependência parcial</i>	---			---			---		
	<i>Independência</i>	9,45 (5,09)	0,067	0,0398	1,97 (4,00)	0,624	0,0029	9,40 (5,05)	0,066	0,0400

* Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (*slope*) na reta de regressão; EP: erro padrão de beta. R²: coeficiente de determinação (% de variabilidade da variável resposta explicada pela variável independente). Variáveis sem distribuição normal foram transformadas em postos/ranks.

Fonte: elaboração própria

Na regressão linear simples dos cuidadores obteve-se correlação entre a espiritualidade global, domínio crença e domínio esperança/otimismo e as variáveis: sexo, renda familiar, horas de cuidado, ajuda afetiva/emocional, satisfação com a vida, sintomas depressivos, estresse percebido e os domínios do MOS.

Foram realizadas análises de regressão linear múltipla com critério Stepwise de seleção de variáveis com os idosos cuidadores, em que entraram no modelo final variáveis com valor $\leq 0,20$, para estudar a relação das variáveis de interesse com os escores de espiritualidade global, domínio crença e domínio esperança/otimismo, separadamente. Esses resultados foram apresentados nas Tabelas 7, 8 e 9, respectivamente.

Abaixo na Tabela 7, estão ilustradas as variáveis selecionadas pelo modelo de regressão para espiritualidade global dos idosos cuidadores.

Tabela 7. Análise de regressão linear múltipla para espiritualidade global em idosos cuidadores (n=75). São Carlos, SP, Brasil, 2016-2017

Variáveis Selecionadas	Categorias	Beta (EP)*	Valor-P	R ² Parcial
MOS Apoio material	<i>Variável contínua</i>	0,28 (0,11)	0,014	0,1446
Sintomas depressivos	<i>Com sintomas</i>	---		
	<i>Sem sintomas</i>	15,71 (6,06)	0,012	0,0860
Recebe ajuda afetiva/emocional	<i>Sim e insuficiente</i>	---		
	<i>Sim e suficiente</i>	21,98 (10,34)	0,037	
	<i>Não recebe</i>	11,39 (9,72)	0,245	0,0657

* Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (*slope*) na reta de regressão; EP: erro padrão de beta. R²: coeficiente de determinação. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis. R² Total: 0,2963. Intercepto (EP): 16,54 (7,09); P=0,023. Variáveis sem distribuição normal foram transformadas em postos/ranks.

Fonte: elaboração própria

Após inseridos no modelo final de análise múltipla, com critério Stepwise de seleção de variáveis, permaneceram significativos com o escore global de espiritualidade apenas o apoio material da escala de apoio social

(MOS), sintomas depressivos e recebe ajuda afetiva/emocional. Dessa forma, os cuidadores com maior escore global de espiritualidade foram aqueles com maiores níveis de percepção de apoio do tipo material, sem sintomas depressivos e com ajuda afetiva/emocional suficiente.

Na Tabela 8, estão dispostas as variáveis selecionadas pelo modelo de regressão para o domínio crenças da EEPP-R dos idosos cuidadores.

Tabela 8. Análise de regressão linear múltipla para o domínio crenças da EEPP-R em idosos cuidadores (n=75). São Carlos, SP, Brasil, 2016-2017

Variáveis Selecionadas	Categorias	Beta (EP)*	Valor-P	R ² Parcial
Sintomas depressivos	<i>Com sintomas</i>	---		
	<i>Sem sintomas</i>	10,40 (5,14)	0,047	0,1259
Sexo	<i>Masculino</i>	---		
	<i>Feminino</i>	13,63 (5,34)	0,013	0,0713
Satisfação com a vida	<i>Mais ou menos/Pouco</i>	---		
	<i>Muito</i>	9,95 (4,81)	0,043	0,0475

* Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (*slope*) na reta de regressão; EP: erro padrão de beta. R²: coeficiente de determinação. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis. R² Total: 0,2447. Intercepto (EP): 15,82 (6,24); P=0,014. Variáveis sem distribuição normal foram transformadas em postos/ranks.

Fonte: elaboração própria

Os resultados da análise múltipla com critério *Stepwise* de seleção de variáveis para o domínio crenças apontaram relação significativa de sintomas depressivos, sexo e satisfação com a vida. Assim, os cuidadores com maior escore de crenças foram aqueles sem sintomas depressivos, do sexo feminino e com muita satisfação com a vida.

As variáveis selecionadas pelo modelo de regressão para o domínio esperança/ otimismo da EEPP-R dos idosos cuidadores podem ser verificadas na Tabela 9.

Tabela 9. Análise de regressão linear múltipla para o domínio esperança/otimismo da EEPP-R em idosos cuidadores (n=75). São Carlos, SP, Brasil, 2016-2017

Variáveis Selecionadas	Categorias	Beta (EP)*	Valor-P	R ² Parcial
MOS Apoio material	<i>Variável contínua</i>	0,30 (0,11)	0,006	0,1714
Sintomas depressivos	<i>Com sintomas</i>	---		
	<i>Sem sintomas</i>	14,34 (5,87)	0,017	0,0749
Recebe ajuda afetiva/emocional	<i>Sim e insuficiente</i>	---		
	<i>Sim e suficiente</i>	21,99 (10,00)	0,031	
	<i>Não recebe</i>	10,39 (9,40)	0,273	0,0744

* Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (*slope*) na reta de regressão; EP: erro padrão de beta. R²: coeficiente de determinação. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis. R² Total: 0,3207. Intercepto (EP): 5,62 (9,73); P=0,566. Variáveis sem distribuição normal foram transformadas em postos/ranks.

Fonte: elaboração própria

Para o domínio esperança/otimismo, na análise múltipla com critério *Stepwise* de seleção de variáveis, foi possível verificar relação significativa de apoio material da escala de apoio social (MOS), sintomas depressivos e recebe ajuda afetiva/emocional. Portanto, os cuidadores com maior escore de esperança/otimismo foram os com maior nível de percepção de apoio do tipo material, sem sintomas depressivos e com ajuda afetiva/emocional suficiente.

5.4.2 Espiritualidade dos idosos não cuidadores

A Tabela 10 apresenta os resultados da regressão linear simples, para estudar a relação das variáveis de interesse com o escore global de espiritualidade, o domínio crença e o domínio esperança/otimismo dos não cuidadores.

Tabela 10. Análise de regressão linear simples para espiritualidade global, domínios crença e esperança/otimismo em idosos não cuidadores (n=84). São Carlos, SP, Brasil, 2016-2017

Variável	Categorias	Espiritualidade global			Crença			Esperança /otimismo		
		Beta (EP)*	Valor-P	R ²	Beta (EP)*	Valor-P	R ²	Beta (EP)*	Valor-P	R ²
Sexo	<i>Masculino</i>	---			---			---		
	<i>Feminino</i>	-1,14 (5,95)	0,848	0,0005	5,69 (4,70)	0,230	0,0177	-3,37 (5,92)	0,571	0,0040
Idade (anos)	<i>Variável contínua</i>	-0,24 (0,11)	0,030	0,0566	-0,10 (0,09)	0,239	0,0171	-0,20 (0,11)	0,061	0,0426
Estado civil	<i>Sem companheiro</i>	---			---			---		
	<i>Com companheiro</i>	5,53 (6,80)	0,419	0,0081	-3,09 (5,43)	0,571	0,0040	8,67 (6,74)	0,202	0,0200
Escolaridade (anos)	<i>Variável contínua</i>	0,03 (0,11)	0,789	0,0009	0,08 (0,09)	0,388	0,0092	-0,01 (0,11)	0,966	0,0000
Religião	<i>Católico</i>	---			---			---		
	<i>Evangélico</i>	7,84 (6,19)	0,209		-0,59 (5,06)	0,907		19,48 (9,86)	0,052	
	<i>Outras</i>	-15,76 (10,04)	0,120	0,0564	6,05 (8,20)	0,463	0,0074	28,64 (10,77)	0,009	0,0831
Renda cuidador	<i>Variável contínua</i>	-0,16 (0,12)	0,191	0,0230	-0,05 (0,10)	0,622	0,0033	-0,19 (0,12)	0,137	0,0296
Renda familiar	<i>Variável contínua</i>	-0,24 (0,16)	0,127	0,0365	-0,13 (0,12)	0,284	0,0182	-0,24 (0,15)	0,126	0,0367
Satisfação com a vida	<i>Mais ou menos/Pouco</i>	---			---			---		
	<i>Muito</i>	13,07 (5,87)	0,029	0,0577	6,25 (4,77)	0,194	0,0208	12,37 (5,87)	0,038	0,0520
Sintomas depressivos	<i>Com sintomas</i>	---			---			---		
	<i>Sem sintomas</i>	13,75 (6,66)	0,042	0,0500	9,20 (5,35)	0,089	0,0352	11,35 (6,69)	0,094	0,0343
Estresse percebido	<i>Variável contínua</i>	-0,07 (0,11)	0,534	0,0048	-0,14 (0,08)	0,103	0,0325	-0,02 (0,11)	0,854	0,0004
Cognição/ACE-R	<i>Sem comprometimento</i>	---			---			---		
	<i>Com comprometimento</i>	11,09 (5,47)	0,046	0,0482	2,25 (4,46)	0,616	0,0031	14,16 (5,36)	0,010	0,0792
MOS Apoio material	<i>Variável contínua</i>	0,18 (0,13)	0,175	0,0232	0,19 (0,11)	0,071	0,0406	0,11 (0,14)	0,404	0,0088
MOS Apoio afetivo	<i>Variável contínua</i>	0,25 (0,15)	0,090	0,0360	0,12 (0,12)	0,313	0,0129	0,23 (0,15)	0,117	0,0308
MOS Apoio emocional	<i>Variável contínua</i>	0,14 (0,13)	0,281	0,0147	0,03 (0,10)	0,803	0,0008	0,15 (0,13)	0,267	0,0155

(continua)

MOS Apoio interação social	<i>Variável contínua</i>	0,18 (0,13)	0,177	0,0229	0,03 (0,11)	0,771	0,0011	0,19 (0,13)	0,158	0,0251
MOS Apoio informação	<i>Variável contínua</i>	0,17 (0,13)	0,206	0,0201	0,03 (0,11)	0,810	0,0007	0,19 (0,14)	0,174	0,0233
AIVD/Lawton e Brody	<i>Dependência parcial</i>	---			---			---		
	<i>Independência</i>	12,82 (5,21)	0,016	0,0695	0,99 (4,30)	0,818	0,0007	14,01 (5,15)	0,008	0,0837

* Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (*slope*) na reta de regressão; EP: erro padrão de beta. R²: coeficiente de determinação (% de variabilidade da variável resposta explicada pela variável independente). Variáveis sem distribuição normal foram transformadas em postos/ranks.

Fonte: elaboração própria

Na regressão linear simples dos não cuidadores obteve-se correlação entre a espiritualidade global, domínio crença e domínio esperança/otimismo e as variáveis: idade, religião, satisfação com a vida, sintomas depressivos, cognição (ACE-R) e AIVD (Lawton e Brody).

Foram realizadas análises de regressão linear múltipla com critério Stepwise de seleção de variáveis com os não cuidadores, em que entraram no modelo final variáveis com valor $\leq 0,20$, para estudar a relação das variáveis de interesse com os escores de espiritualidade global, domínio crença e domínio esperança/otimismo, separadamente. Esses resultados foram apresentados nas Tabelas 11 e 12, respectivamente.

Na Tabela 11, estão apresentadas as variáveis selecionadas pelo modelo de regressão que se mantiveram associadas com os escores de espiritualidade global dos idosos não cuidadores.

Tabela 11. Análise de regressão linear múltipla para a espiritualidade global em idosos não cuidadores (n=76). São Carlos, SP, Brasil, 2016-2017

Variáveis Selecionadas	Categorias	Beta (EP)*	Valor-P	R ² Parcial
Satisfação com a vida	<i>Mais ou menos/Pouco</i>	---	0,014	0,0748
	<i>Muito</i>	14,43 (5,71)		
Idade (anos)	<i>Variável contínua</i>	-0,27 (0,10)	0,012	0,0568
Cognição/ACE-R	<i>Sem comprometimento</i>	---	0,028	0,0585
	<i>Com comprometimento</i>	12,04 (5,35)		

*Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (*slope*) na reta de regressão; EP: erro padrão de beta. R²: coeficiente de determinação. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis. R² Total: 0,1901. Intercepto (EP): 36,12 (7,11); P<0,001. Variáveis sem distribuição normal foram transformadas em postos/ranks.

Fonte: elaboração própria

Na espiritualidade global, de acordo com a análise múltipla com critério Stepwise de seleção de variáveis, verificou-se relação significativa de

satisfação com a vida, idade e cognição/ACER. Assim, os não cuidadores com maior escore de espiritualidade foram os com muita satisfação com a vida, com menor idade e com comprometimento cognitivo.

Para o domínio crenças da EEPP-R dos idosos não cuidadores, por meio da análise múltipla com critério Stepwise de seleção de variáveis, nenhuma variável permaneceu significativa.

As variáveis selecionadas pelo modelo de regressão para o domínio esperança/ otimismo da EEPP-R dos idosos não cuidadores são apresentados na Tabela 12.

Tabela 12. Análise de regressão linear múltipla para o domínio esperança/ otimismo da EEPP-R em idosos não cuidadores (n=76). São Carlos, SP, Brasil, 2016-2017

Variáveis Selecionadas	Categorias	Beta (EP)*	Valor-P	R ² Parcial
Satisfação com a vida	<i>Mais ou menos/Pouco</i>	---		
	<i>Muito</i>	13,41 (5,64)	0,020	0,0763
Cognição/ACE-R	<i>Sem comprometimento</i>	---		
	<i>Com comprometimento</i>	17,42 (5,43)	0,002	0,0678
AIVD/Lawton e Brody	<i>Dependência parcial</i>	---		
	<i>Independência</i>	15,07 (5,23)	0,005	0,0906

*Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (*slope*) na reta de regressão; EP: erro padrão de beta. R²: coeficiente de determinação. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis. R² Total: 0,2347. Intercepto (EP): 15,02 (6,54); P=0,025. Variáveis sem distribuição normal foram transformadas em postos/ranks.

Fonte: elaboração própria

O domínio esperança/ otimismo, pelos resultados da análise múltipla com critério Stepwise de seleção de variáveis, apresentou relação significativa de satisfação com a vida, cognição (ACE-R) e AIVD (Lawton e Brody). Dessa forma, os idosos não cuidadores com maior escore de esperança/

otimismo foram aqueles com muita satisfação com a vida, com comprometimento cognitivo e com independência em AIVD.

5.5 Fatores associados à religiosidade dos idosos cuidadores e não cuidadores

Os resultados dos fatores associados à religiosidade estão apresentados primeiro para os idosos cuidadores e em segundo para os não cuidadores.

Análises de regressão linear simples e múltiplas foram realizadas para identificar os fatores relacionados à religiosidade dos idosos cuidadores e não cuidadores.

5.5.1 Religiosidade de idosos cuidadores

A Tabela 13 apresenta os resultados da regressão linear simples, para estudar a relação das variáveis de interesse com os escores de religiosidade organizacional, religiosidade não organizacional e religiosidade intrínseca, nos idosos cuidadores.

Tabela 13. Análise de regressão linear simples para escore de religiosidade organizacional, religiosidade não organizacional e religiosidade intrínseca em idosos cuidadores (n=85). São Carlos, SP, Brasil, 2016-2017

Variável	Categorias	Religiosidade Organizacional			Religiosidade Não Organizacional			Religiosidade Intrínseca		
		Beta (EP)*	Valor-P	R ²	Beta (EP)*	Valor-P	R ²	Beta (EP)*	Valor-P	R ²
Sexo	<i>Masculino</i>	---			---			---		
	<i>Feminino</i>	15,95 (6,88)	0,023	0,0609	4,83 (6,35)	0,449	0,0069	4,19 (6,83)	0,541	0,0045
Idade (anos)	<i>Variável contínua</i>	0,09 (0,11)	0,382	0,0092	-0,01 (0,10)	0,967	0,0000	-0,05 (0,10)	0,616	0,0031
Estado civil	<i>Sem companheiro</i>	---			---			---		
	<i>Com companheiro</i>	24,03 (7,73)	0,003	0,1042	-3,97 (7,32)	0,589	0,0035	-5,72 (7,85)	0,468	0,0064
Escolaridade (anos)	<i>Variável contínua</i>	0,12 (0,11)	0,271	0,0146	-0,05 (0,10)	0,631	0,0028	0,01 (0,11)	0,947	0,0001
Religião	<i>Católico</i>	---			---			---		
	<i>Evangélico</i>	29,86 (5,57)	<0,001		15,82 (5,55)	0,006		14,15 (6,05)	0,022	
	<i>Outras</i>	18,67 (8,20)	0,025	0,2612	12,45 (8,16)	0,130	0,0903	12,26 (8,90)	0,172	0,0631
Renda cuidador	<i>Variável contínua</i>	0,18 (0,11)	0,125	0,0289	0,10 (0,10)	0,330	0,0117	0,01 (0,11)	0,931	0,0001
Renda familiar	<i>Variável contínua</i>	-0,06 (0,13)	0,669	0,0025	-0,11 (0,12)	0,352	0,0119	-0,22 (0,12)	0,079	0,0417
De quem cuida	<i>Cônjuge</i>	---			---			---		
	<i>Demais</i>	18,36 (8,24)	0,029	0,0572	-11,35 (7,60)	0,139	0,0265	-6,90 (8,22)	0,404	0,0085
Tempo de cuidado	<i>Variável contínua</i>	0,10 (0,11)	0,391	0,0093	-0,10 (0,10)	0,323	0,0123	0,20 (0,11)	0,072	0,0404
Horas de cuidado	<i>Variável contínua</i>	-0,13 (0,11)	0,244	0,0168	-0,01 (0,10)	0,903	0,0002	0,09 (0,11)	0,398	0,0088
Recebe ajuda material	<i>Não recebe</i>	---			---			---		
	<i>Sim e suficiente</i>	-3,63 (7,11)	0,611		-0,39 (6,47)	0,953		-1,87 (6,92)	0,788	
	<i>Sim e insuficiente</i>	-5,05 (11,20)	0,653	0,0051	0,78 (10,19)	0,939	0,0001	5,98 (10,90)	0,585	0,0051
Recebe ajuda afetiva/emocional	<i>Sim e insuficiente</i>	---			---			---		
	<i>Sim e suficiente</i>	1,92 (11,66)	0,870		-8,78 (10,55)	0,407		-8,27 (11,34)	0,468	
	<i>Não recebe</i>	-1,26 (11,34)	0,912	0,0040	-10,06 (10,25)	0,330	0,0118	-6,31 (11,02)	0,569	0,0068
Satisfação com a	<i>Mais ou menos/Pouco</i>	---			---			---		

Resultados

(continua)

vida	<i>Muito</i>	-0,81 (6,44)	0,900	0,0002	-5,99 (5,74)	0,300	0,0129	-3,42 (6,20)	0,583	0,0036
Sintomas depressivos	<i>Com sintomas</i>	---			---			---		
	<i>Sem sintomas</i>	-7,15 (6,39)	0,266	0,0149	-7,65 (5,72)	0,185	0,0211	-5,99 (6,18)	0,335	0,0112
Estresse percebido	<i>Variável contínua</i>	0,09 (0,11)	0,389	0,0090	0,14 (0,10)	0,138	0,0263	-0,02 (0,10)	0,863	0,0004
Cognição/ACE-R	<i>Sem comprometimento</i>	---			---			---		
	<i>Com comprometimento</i>	-3,34 (5,64)	0,556	0,0042	3,94 (5,06)	0,439	0,0072	1,63 (5,45)	0,766	0,0011
MOS Apoio material	<i>Variável contínua</i>	0,07 (0,12)	0,528	0,0048	-0,08 (0,10)	0,452	0,0068	-0,21 (0,11)	0,055	0,0436
MOS Apoio afetivo	<i>Variável contínua</i>	-0,13 (0,13)	0,307	0,0126	-0,13 (0,12)	0,265	0,0149	-0,28 (0,12)	0,024	0,0596
MOS Apoio emocional	<i>Variável contínua</i>	-0,04 (0,12)	0,727	0,0015	-0,04 (0,11)	0,673	0,0022	-0,19 (0,11)	0,099	0,0324
MOS Apoio interação social	<i>Variável contínua</i>	-0,10 (0,12)	0,387	0,0090	-0,13 (0,11)	0,234	0,0170	-0,18 (0,11)	0,111	0,0303
MOS Apoio informação	<i>Variável contínua</i>	-0,13 (0,11)	0,238	0,0167	-0,10 (0,10)	0,347	0,0107	-0,08 (0,11)	0,475	0,0062
AIVD/Lawton e Brody	<i>Dependência parcial</i>	---			---			---		
	<i>Independência</i>	-10,31 (5,16)	0,049	0,0459	1,26 (4,74)	0,792	0,0008	7,75 (5,02)	0,127	0,0279

* Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (*slope*) na reta de regressão; EP: erro padrão de beta. R²: coeficiente de determinação (% de variabilidade da variável resposta explicada pela variável independente). Variáveis sem distribuição normal foram transformadas em postos/ranks.

Fonte: elaboração própria

Na regressão linear simples dos idosos cuidadores obteve-se correlação entre a religiosidade organizacional, religiosidade não organizacional e religiosidade intrínseca e as variáveis: sexo, estado civil, religião, de quem cuida, MOS Apoio afetivo e AIVD (Lawton e Brody).

Foram realizadas análises de regressão linear múltipla com critério Stepwise de seleção de variáveis com os idosos cuidadores, em que entraram no modelo final variáveis com valor $\leq 0,20$, para estudar a relação das variáveis de interesse com os escores de religiosidade organizacional, religiosidade não organizacional e religiosidade intrínseca, separadamente. Esses resultados foram apresentados nas Tabelas 14 e 15, respectivamente.

Na Tabela 14, estão ilustradas as variáveis selecionadas pelo modelo de regressão para religiosidade organizacional dos idosos cuidadores.

Tabela 14. Análise de regressão linear múltipla para escore de religiosidade organizacional em idosos cuidadores (n=83). São Carlos, SP, Brasil, 2016-2017

Variáveis Selecionadas	Categorias	Beta (EP)*	Valor-P	R ² Parcial
Religião	<i>Evangélico</i>	---		
	<i>Católico</i>	27,71 (5,28)	<0,001	
	<i>Outras</i>	14,58 (8,37)	0,086	0,2856
Estado civil	<i>Com companheiro</i>	---		
	<i>Sem companheiro</i>	18,92 (6,78)	0,007	0,0926
Sexo	<i>Feminino</i>	---		
	<i>Masculino</i>	15,04 (6,21)	0,018	0,0501

* Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (*slope*) na reta de regressão; EP: erro padrão de beta. R²: coeficiente de determinação. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis. R² Total: 0,4283. Intercepto (EP): 17,00 (4,57); P<0,001. Variáveis sem distribuição normal foram transformadas em postos/ranks.

Fonte: elaboração própria

Para a religiosidade organizacional, a análise múltipla com critério Stepwise de seleção de variáveis, verificou relação significativa com religião,

estado civil e sexo. Portanto, os cuidadores com maior escore de religiosidade organizacional foram os católicos, indivíduos sem companheiros e do sexo masculino.

Na Tabela 15, estão descritas as variáveis selecionadas pelo modelo de regressão para religiosidade não organizacional dos idosos cuidadores.

Tabela 15. Análise de regressão linear múltipla para escore de religiosidade não organizacional em cuidadores (n=85). São Carlos, SP, Brasil, 2016-2017

Variáveis Selecionadas	Categorias	Beta (EP)*	Valor-P	R ² Parcial
	<i>Evangélico</i>	---		
Religião	<i>Católico</i>	15,64 (5,93)	0,010	
	<i>Outras</i>	4,04 (9,43)	0,670	0,1011

* Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (*slope*) na reta de regressão; EP: erro padrão de beta. R²: coeficiente de determinação. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis. R² Total: 0,1011. Intercepto (EP): 32,53 (5,09); P<0,001. Variáveis sem distribuição normal foram transformadas em postos/ranks.

Fonte: elaboração própria

Na religiosidade não organizacional, pelos resultados da análise múltipla com critério *Stepwise* de seleção de variáveis, foi possível identificar relação significativa com religião, assim, os cuidadores com maior escore de religiosidade não organizacional foram os católicos.

Para o escore de religiosidade intrínseca em idosos cuidadores, segundo a análise de regressão linear múltipla com critério *Stepwise* de seleção de variáveis, nenhuma variável permaneceu significativa.

5.5.2 Religiosidade dos idosos não cuidadores

A Tabela 16 apresenta os resultados da regressão linear simples, para estudar a relação das variáveis de interesse com os escores de religiosidade organizacional, religiosidade não organizacional e religiosidade intrínseca, nos idosos não cuidadores.

Tabela 16. Análise de regressão linear simples para escore de religiosidade organizacional em idosos não cuidadores (n=84).

São Carlos, SP, Brasil, 2016-2017

Variável	Categorias	Religiosidade Organizacional			Religiosidade Não Organizacional			Religiosidade Intrínseca		
		Beta (EP)*	Valor-P	R ²	Beta (EP)*	Valor-P	R ²	Beta (EP)*	Valor-P	R ²
Sexo	<i>Masculino</i>	---			---			---		
	<i>Feminino</i>	4,39 (5,80)	0,451	0,0070	5,23 (5,52)	0,347	0,0109	1,79 (5,57)	0,748	0,0013
Idade (anos)	<i>Variável contínua</i>	0,13 (0,11)	0,211	0,0192	-0,10 (0,10)	0,312	0,0126	0,01 (0,10)	0,956	0,0000
Estado civil	<i>Sem companheiro</i>	---			---			---		
	<i>Com companheiro</i>	-2,85 (6,67)	0,671	0,0022	-3,13 (6,36)	0,624	0,0030	-6,84 (6,35)	0,285	0,0141
Escolaridade (anos)	<i>Variável contínua</i>	0,04 (0,11)	0,719	0,0016	0,04 (0,10)	0,715	0,0017	0,13 (0,10)	0,215	0,0189
Religião	<i>Católico</i>	---			---			---		
	<i>Evangélico</i>	20,96 (5,77)	<0,001		3,10 (5,91)	0,602		8,28 (5,84)	0,160	
	<i>Outras</i>	16,51 (10,22)	0,110	0,1417	8,98 (10,48)	0,394	0,0095	17,55 (10,34)	0,094	0,0416
Renda cuidador	<i>Variável contínua</i>	-0,14 (0,12)	0,270	0,0164	-0,05 (0,12)	0,691	0,0021	0,03 (0,12)	0,809	0,0008
Renda familiar	<i>Variável contínua</i>	0,24 (0,15)	0,117	0,0387	0,28 (0,15)	0,063	0,0540	0,37 (0,13)	0,007	0,1114
Satisfação com a vida	<i>Mais ou menos/Pouco</i>	---			---			---		
	<i>Muito</i>	4,21 (5,89)	0,477	0,0063	13,13 (5,45)	0,018	0,0669	-4,62 (5,64)	0,415	0,0082
Sintomas depressivos	<i>Com sintomas</i>	---			---			---		
	<i>Sem sintomas</i>	18,68 (6,35)	0,004	0,0965	-3,70 (6,36)	0,562	0,0042	-4,96 (6,37)	0,438	0,0074
Estresse percebido	<i>Variável contínua</i>	0,06 (0,11)	0,559	0,0042	-0,07 (0,10)	0,495	0,0058	0,17 (0,10)	0,083	0,0366
Cognição/ACE-R		---			---			---		
		-4,23 (5,47)	0,442	0,0073	2,58 (5,23)	0,623	0,0030	6,64 (5,20)	0,205	0,0197
MOS Apoio material	<i>Variável contínua</i>	-0,09 (0,13)	0,503	0,0057	-0,23 (0,12)	0,071	0,0407	-0,20 (0,13)	0,116	0,0309
MOS Apoio afetivo	<i>Variável contínua</i>	-0,11 (0,15)	0,437	0,0077	-0,17 (0,14)	0,219	0,0191	-0,12 (0,14)	0,407	0,0087

(continua)

MOS Apoio emocional	<i>Variável contínua</i>	0,03 (0,13)	0,824	0,0006	0,00 (0,12)	0,994	0,0000	0,05 (0,12)	0,675	0,0022
MOS Apoio interação social	<i>Variável contínua</i>	0,03 (0,13)	0,794	0,0009	-0,06 (0,12)	0,648	0,0026	-0,14 (0,12)	0,271	0,0153
MOS Apoio informação	<i>Variável contínua</i>	-0,09 (0,13)	0,517	0,0053	-0,08 (0,13)	0,550	0,0046	-0,14 (0,13)	0,270	0,0154
AIVD/Lawton e Brody	<i>Dependência parcial</i>	---			---			---		
	<i>Independência</i>	-6,15 (5,24)	0,243	0,0168	-5,75 (5,00)	0,254	0,0161	4,76 (5,03)	0,347	0,0109

* Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (*slope*) na reta de regressão; EP: erro padrão de beta. R²: coeficiente de determinação (% de variabilidade da variável resposta explicada pela variável independente). Variáveis sem distribuição normal foram transformadas em postos/ranks.

Fonte: elaboração própria

Na regressão linear simples dos idosos não cuidadores obteve-se correlação entre a religiosidade organizacional, religiosidade não organizacional e religiosidade intrínseca e as variáveis: religião, renda familiar, satisfação com a vida e sintomas depressivos.

Foram realizadas análises de regressão linear múltipla com critério Stepwise de seleção de variáveis com os não cuidadores, em que entraram no modelo final variáveis com valor $\leq 0,20$, para estudar a relação das variáveis de interesse com os escores de religiosidade organizacional, religiosidade não organizacional e religiosidade intrínseca, separadamente. Esses resultados foram apresentados nas Tabelas 17, 18 e 19, respectivamente.

Abaixo, na Tabela 17, estão ilustradas as variáveis selecionadas pelo modelo de regressão para religiosidade organizacional dos idosos não cuidadores.

Tabela 17. Análise de regressão linear múltipla para escore de religiosidade organizacional em idosos não cuidadores (n=84). São Carlos, SP, Brasil, 2016-2017

Variáveis Selecionadas	Categorias	Beta (EP)*	Valor-P	R ² Parcial
Religião	<i>Evangélico</i>	---		
	<i>Católico</i>	22,77 (5,72)	<0,001	
	<i>Outras</i>	15,99 (11,30)	0,161	0,1624
Sintomas depressivos	<i>Sem sintomas</i>	---		
	<i>Com sintomas</i>	22,14 (6,18)	<0,001	0,1298

* Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (*slope*) na reta de regressão; EP: erro padrão de beta. R²: coeficiente de determinação. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis. R² Total: 0,2922. Intercepto (EP): 21,01 (5,16); P<0,001. Variáveis sem distribuição normal foram transformadas em postos/ranks.

Fonte: elaboração própria

A religiosidade organizacional, na análise múltipla com critério Stepwise de seleção de variáveis, obteve relação significativa de religião e sintomas depressivos. Dessa forma, os idosos não cuidadores com maior escore de religiosidade organizacional foram os católicos e os com sintomas depressivos.

Na Tabela 18, estão descritas as variáveis selecionadas pelo modelo de regressão para religiosidade não organizacional dos idosos não cuidadores.

Tabela 18. Análise de regressão linear múltipla para escore de religiosidade não organizacional em idosos não cuidadores (n=84). São Carlos, SP, Brasil, 2016-2017

Variáveis Selecionadas	Categorias	Beta (EP)*	Valor-P	R ² Parcial
Satisfação com a vida	<i>Muito</i>	---		
	<i>Mais ou menos/Pouco</i>	15,88 (5,71)	0,007	0,0971

* Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (*slope*) na reta de regressão; EP: erro padrão de beta. R²: coeficiente de determinação. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis. R² Total: 0,0971. Intercepto (EP): 37,54 (2,89); P<0,001. Variáveis sem distribuição normal foram transformadas em postos/ranks.

Fonte: elaboração própria

Para a religiosidade não organizacional, de acordo com os resultados da análise múltipla com critério Stepwise de seleção de variáveis, verificou-se relação significativa com satisfação com a vida, assim, os não cuidadores com maior escore de religiosidade não organizacional foram os mais ou menos/ pouco satisfeitos com a vida.

A Tabela 19 evidencia as variáveis selecionadas pelo modelo de regressão para religiosidade intrínseca dos idosos cuidadores.

Tabela 19. Análise de regressão linear múltipla para escore de religiosidade intrínseca em idosos não cuidadores (n=65). São Carlos, SP, Brasil, 2016-2017

Variáveis Seleccionadas	Categorias	Beta (EP)*	Valor-P	R ² Parcial
Renda familiar	Variável contínua	0,42 (0,13)	0,002	0,1495

* Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (*slope*) na reta de regressão; EP: erro padrão de beta. R²: coeficiente de determinação. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis. R² Total: 0,1495. Intercepto (EP): 25,50 (4,99); P<0,001. Variáveis sem distribuição normal foram transformadas em postos/ranks.

Fonte: elaboração própria

Quanto à religiosidade intrínseca, a análise múltipla com critério *Stepwise* de seleção de variáveis, verificou-se relação significativa apenas com renda familiar. Portanto, os idosos não cuidadores com maior escore de religiosidade intrínseca foram os com maior renda familiar.

De forma a sintetizar os resultados obtidos dos fatores associados à espiritualidade e religiosidade de idosos cuidadores e não cuidadores, a Figura 1 ilustra quais variáveis estão associadas a uma melhor pontuação na EEPP-R e na DUREL.

Figura 1. Fatores associados à espiritualidade e religiosidade dos idosos cuidadores e não cuidadores.

	Cuidadores	Não cuidadores
Espiritualidade	<p><i>Espiritualidade Global</i> Maior apoio material Sem sintomas depressivos Ajuda afetiva/emocional suficiente</p> <p><i>Domínio Crença</i> Sem sintomas depressivos Sexo feminino Muita satisfação com a vida</p> <p><i>Domínio esperança/otimismo</i> Maior apoio material Sem sintomas depressivos Ajuda afetiva/emocional suficiente</p>	<p><i>Espiritualidade Global</i> Muita satisfação com a vida Menor idade Com comprometimento cognitivo</p> <p><i>Domínio esperança/otimismo</i> Muita satisfação com a vida Com comprometimento cognitivo Com independência em AIVDs</p>
Religiosidade	<p><i>Religiosidade Organizacional</i> Católicos Sem companheiro Sexo masculino</p> <p><i>Religiosidade Não Organizacional</i> Católicos</p>	<p><i>Religiosidade Organizacional</i> Católicos Com sintomas depressivos</p> <p><i>Religiosidade Não Organizacional</i> Mais ou menos/pouco satisfeitos com a vida</p> <p><i>Religiosidade Intrínseca</i> Maior renda familiar</p>

Fonte: elaboração própria

6 DISCUSSÃO

6.1 Caracterização dos idosos cuidadores e não cuidadores segundo as variáveis sociodemográficas

Participaram deste estudo 85 idosos cuidadores de outros idosos e 84 idosos que não realizavam o cuidado e nem residiam com outros idosos, cadastrados nas áreas de abrangências das USFs do município de São Carlos. Para ambos os grupos houve o predomínio de mulheres. Esses dados concordam com a literatura, ilustrando o papel cultural da mulher como principal provedora de cuidado (GRATÃO et al., 2013; SEBASTIÃO; ALBUQUERQUE, 2011; SANTOS; ABDALA, 2014; PAVARINI et al., 2017; NERY et al., 2018) seja com os trabalhos domésticos ou com os membros da família (NERI, 2008).

Esses dados trazem a reflexão sobre a feminização da velhice, em que a maioria da população idosa, em todas as regiões do mundo, é composta por mulheres, devido à expectativa de vida em média, de cinco a sete anos a mais que os homens (ALMEIDA et al., 2015).

Com relação ao cuidado, comumente ele é prestado por familiares mulheres (esposas, filhas, irmãs, cunhadas, tias e noras), de acordo com a proximidade e laços afetivos, e muitas vezes, o cuidado demanda para uma única pessoa (GRATÃO, 2010; SOUZA, 2016). Um estudo realizado numa cidade do interior de São Paulo, com objetivo de avaliar a sobrecarga do cuidado e sua associação com a rede de apoio social e estresse do cuidador principal, mostrou prevalência de mulheres como cuidadoras, a maioria era filha do idoso e vivia com ele. Mostrou ainda associação entre a sobrecarga e a dependência do idoso AIVDs, o estresse e o domínio “interação social” (KOBAYASI et al., 2019).

Com relação à idade, os idosos cuidadores e não cuidadores apresentaram médias similares de 69,65 e 70,82 anos de idade,

respectivamente, vale ressaltar que um dos critérios de inclusão para a presente pesquisa, em ambos os grupos, era possuir 60 anos ou mais.

Nos últimos anos, houve um aumento no número de estudos que retratam o idoso que cuida de outro idoso (TOMOMITSU; PERRACINI; NERI, 2014; SILVA, 2015; SILVA, 2018). Dados do estudo FIBRA indicaram que dos 338 idosos que relataram ter sido cuidadores familiares de outros idosos nos últimos cinco anos, mostraram que a idade média era de 71,5 anos (TOMOMITSU; PERRACINI; NERI, 2014). Em estudo realizado em Taiwan, Chen, Chen e Chu (2015) com 108 idosos cuidadores primários de idosos dependentes, identificaram uma média de 74,0 anos de idade dos cuidadores.

O envelhecimento populacional evidencia a sua heterogeneidade. Pode acarretar num crescente número de idosos com capacidades funcionais reduzidas e dependentes de cuidados; pode também levar o idoso a desempenhar o papel de cuidador de outro idoso, com maior dependência; pode encontrar idosos em arranjos familiares como o principal provedor da casa; ou mesmo, encontrar um grande número de idosos que envelhecem morando sozinhos, que segundo Negrini et al. (2018), foi considerado uma das mudanças mais significativas nas sociedades contemporâneas. E para todas essas condições, é de suma relevância proporcionar proteção social efetiva na velhice.

Quanto ao estado civil dos cuidadores, a maioria era casada. Vários estudos com cuidadores corroboram com os achados desta pesquisa. Santos e Pavarini (2010) num estudo que objetivou caracterizar os 72 cuidadores de idosos com alterações cognitivas em um município do interior do Estado de São Paulo cadastrados em USFs, identificaram que 67,0% dos cuidadores eram casados. Na investigação de Kobayasi et al. (2019) realizada com 94 idosos e seus respectivos cuidadores, também apontou para uma maioria (41,8%) de cuidadores casados.

Constatou-se que a maioria dos idosos não cuidadores era viúvo (a). Grande parte dos estudos realizados com idosos vai ao encontro dos achados da presente pesquisa. No estudo de Dias et al. (2019) realizado na Bahia identificou os dados sociodemográficos e condições de saúde em 310 idosos longevos e apontou que 58,06% de sua amostra eram viúvos. Nunes et al. (2017) em seu estudo realizado com 100 idosos longevos, obteve em sua amostra uma maioria de idosos viúvos (63%). Corroborar também com a investigação de Azeredo e Afonso (2016) que estudou a perspectiva que idosos têm sobre sentimentos de solidão. Houve predominância de idosos viúvos (46,6%) e são eles e os divorciados que em maior percentagem referiam sentir muitas vezes solidão.

Na sociedade atual, a viuvez tornou-se comum. Nessa situação em que há a perda do companheiro, seja de forma inesperada ou não, o equilíbrio das relações familiares, sociais, econômicas e culturais é alterado, provocando modificações na vida dessas que os levam a estabelecer novos arranjos em grupo (DIAS et al., 2019). Estudos ainda apontam que, culturalmente, os homens se casam novamente após tornar-se viúvo, ao passo que a mulher permanece sem companheiro (KOBAYASI et al., 2019).

No que se refere ao grau de escolaridade, as médias foram similares. Os idosos cuidadores tiveram em média 3,95 anos de estudo os não cuidadores de 3,53 anos. A maioria possuía de 1 a 4 anos de escolaridade.

Esses dados são encontrados na maioria dos estudos com idosos. Santos e Pavarini (2010) encontraram que em populações mais pobres, 39,0% dos cuidadores possuíam ensino fundamental incompleto e nas regiões com baixa e média vulnerabilidade essa porcentagem aumentava para 47%. Almeida et al. (2015) caracterizam o perfil socioeconômico, pessoal e familiar das idosas de Viçosa/MG e verificaram que o nível de escolaridade das idosas era baixo, a maioria (45%) tinha ensino fundamental – 1º ciclo (completo). O estudo de Kobayasi et al. (2019) avaliou o idoso e o cuidador principal

atendidos no serviço de atenção domiciliar, e a maioria (55,2%) dos idosos dependentes tinham de 1 a 4 anos de escolaridade, enquanto 31,5% dos cuidadores tinham de 9 a 12 anos, seguidos de 26,1% que tinham de 1 a 4 anos de escolaridade. Mas vale ressaltar que a média de idade desses cuidadores foi de 56,99 anos (47,9% com 60 anos ou mais).

Deve-se levar em consideração o fato de que esses idosos vivenciaram um período em que o acesso à educação era difícil, e habitualmente eram estimulados às atividades domésticas e rurais (GRATÃO, 2013; ALMEIDA et al., 2015) o que acarretou na baixa escolaridade destes indivíduos.

A escolaridade desses idosos pode ser essencial para manutenção de seu dia-a-dia, sua independência e no contexto de saúde. Para tanto, os profissionais de saúde devem estar atentos para identificar aqueles que necessitam de maior suporte na compreensão de diretrizes para sua saúde, prevenir possíveis erros e procedimentos do cuidado.

Encontrou-se uma maior frequência de aposentados em ambos os grupos. A renda individual foi maior nos idosos não cuidadores e a renda familiar maior nos idosos cuidadores.

Esses dados corroboram com o estudo de Nunes et al. (2017) em que a maioria (76%) dos idosos longevos tinha renda de 1 a 2 salários mínimos e 73% eram aposentados. Os autores ainda demonstram que os idosos com renda inferior a um salário mínimo apresentaram maior sentimento de equilíbrio entre a mente, o corpo e a alma, de forma a criar harmonia entre ações, pensamentos e sentimentos. Rodrigues et al. (2017) em estudo com 643 idosos residentes áreas urbanas apontou que a renda era de um salário mínimo individual mensal para 45,0% dos participantes. Já no estudo de Almeida et al. (2015), 50% das idosas recebiam de 1 a 3 salários mínimos e a principal fonte de renda entre as idosas, em 37,5% dos casos, vinha da aposentadoria.

Em 2003, 10,8% dos idosos não tinham renda, ou seja, 1,5 milhão de idosos, dos quais a grande maioria era mulheres. Em 2014, a renda das pessoas idosas era composta por aposentadoria (53,4%), trabalho (40,8%), pensão e outros benefícios (AMANCIO; OLIVEIRA; AMANCIO, 2019).

A maior renda familiar dos cuidadores pode condizer com a somatória de dois salários, na maioria das vezes (do idoso dependente e do cuidador). Tais dados estão de acordo com estudo de Nardi e Oliveira (2009) e Fernandes e Garcia (2009), em que a renda das famílias estudadas era em média três salários mínimos e no estudo de Gratão (2010), que apresentava média de 3,2 salários mínimos. Assim, a renda é um mecanismo de proteção social e um fator importante em relação às tarefas do cuidado.

No tocante à religião, a prevalência dos idosos cuidadores e não cuidadores era a participação na religião católica, seguida da evangélica. Estes dados corroboram com a literatura, quanto à religião católica ser a mais frequente entre os idosos.

No estudo de Rodrigues et al. (2017) que buscou descrever a relação da espiritualidade e religiosidade com sexo, idade e renda familiar de idosos residentes em áreas urbanas, identificou que a preferência religiosa do maior percentual de idosos (69,5%) foi a católica, seguida da evangélica (14,0%). Os autores encontraram correlação entre espiritualidade e religiosidade com o sexo feminino e quanto maior a idade. A renda não apresentou correlação significativa.

No estudo de Perucchi et al. (2013), a religião católica foi a mais encontrada (71,9%), sendo um quarto evangélica (26,6%) e uma fração ainda menor, testemunhas de Jeová (1,4%). Em estudo que identificou a relação da qualidade de vida (QV) e sintomas depressivos com a religiosidade, em idosos, evidenciou que 78% professam o catolicismo, 15%, o protestantismo, 4%, o espiritismo e 3% consideram-se sem religião, mas espiritualizados (CHAVES et al., 2014). Resultados similares também foram encontrados no estudo que

avaliou as dimensões da QV relacionada à saúde em idosos da comunidade e sua relação com a religiosidade. Os autores identificaram que a religião predominante foi a católica, com 60,2%, seguida pela evangélica (27,7%), 8,4% agnósticos, e 3,6% não relataram (SANTOS; ABDALA, 2014). Dos 100 idosos longevos do estudo que avaliou a QV no domínio da espiritualidade, da religiosidade, de crenças pessoais e fatores associados, 72% pertenciam a religião católica (NUNES et al., 2017).

A fé e a religião/religiosidade são fatores mediadores que auxiliam os idosos nas adversidades do envelhecimento, bem como, os familiares cuidadores no enfrentamento dessa tarefa, como uma importante aliada no processo de aceitação ao desempenhar esse papel (BRONDANI et al., 2010).

A maioria dos idosos cuidadores e dos não cuidadores respondeu ser praticante de alguma religião. No estudo de Yamashita et al. (2010), metade das famílias (50,7%) participava de atividades religiosas. Corroborava também o estudo de Gaioli, Furegato e Santos (2012), em que a maioria dos cuidadores professava uma religião e referiram ser praticantes da religião informada. No estudo de Santos e Abdala (2014), foi possível verificar que a maioria (37,8%) dos idosos da ESF de Cachoeira-BA respondeu que comparece a igreja, templo ou algum encontro religioso mais que uma vez por semana; 19,5% frequentam uma vez na semana; 17,1,% duas ou três vezes por mês; e 12,2%, algumas vezes por ano. Aqueles que vão à igreja uma vez por ano ou menos são 12,2% e os que nunca vão representam 1,2%.

O envolvimento religioso parece ter significativo efeito protetor para o bem-estar físico e emocional. Na perspectiva biopsicossocial-espiritual da saúde, deve-se reconhecer o indivíduo como holístico e sua relação com as dimensões espirituais, que os auxiliam no enfrentamento das situações dolorosas e na melhoria da QV (SANTOS; ABDALA, 2014).

Ao buscar conhecer a satisfação com a vida, tanto os cuidadores quanto os não cuidadores relataram muita satisfação. Portanto, para esta

amostra, a situação de cuidado ou mesmo as adversidades do processo de envelhecimento, não impediram que os idosos se mantivessem satisfeitos com a vida.

Com relação aos aspectos do cuidado prestado, os achados do presente estudo indicaram que a maioria dos idosos cuidadores cuidavam dos cônjuges, seguidos de 4,70% que cuidavam dos pais.

Tomomitsu, Perracini e Neri (2014) avaliaram 338 idosos que relataram ter cuidado de algum idoso nos últimos 12 meses e mostraram que 76,3% cuidavam do cônjuge e 13,9% cuidavam dos pais. O estudo de Chen, Chen e Chu (2015) realizado em Taiwan corrobora os achados da presente pesquisa, em que dos 108 idosos cuidadores, 81,5% cuidavam do cônjuge, 13,9% dos pais e 4,6% dos sogros. O estudo de Alves et al. (2018) que investigou 148 idosos cuidadores de idosos (média de 69,7 anos de idade) de serviços de saúde da rede pública e privada de cidades no interior do estado de São Paulo, também encontrou que a maior parte dos cuidadores cuidava do cônjuge (62,0%), seguidos de 27,7% que cuidavam dos pais.

Quanto ao tempo de cuidado em anos que o idoso cuidador se dedicava, a média foi de 16,41 anos. Esse tempo de cuidado foi inferior na maioria dos estudos. Chen, Chen e Chu (2015) mostram média de 5,8 anos. Alves et al. (2018) identificaram que 36,1% dos idosos cuidadores cuidavam de 2 a 4,9 anos, seguidos de 35,4% que cuidavam a mais de cinco anos. Pinto et al. (2009), verificaram que 55,0% de suas amostras vêm realizando o cuidado ao paciente há quatro anos. Vitorino e Vianna (2012) apontaram para 29,9% de cuidadores informais que cuidavam há mais de 3 anos, o mesmo foi encontrado no estudo de Pimenta et al. (2009) em que 34,0% cuidavam há mais de três anos.

Vale destacar que, no presente estudo, considerou-se como cuidado toda tarefa que o idoso mais independente (denominado cuidador) prestasse ao idoso mais dependente, desde as tarefas de auxílio nas AIVDs,

nas atividades básicas, até as tarefas domésticas que estavam relacionadas ao idoso receptor de cuidados, o que pode ter levado ao número de anos de cuidado mais elevado.

O número de horas de cuidados prestados ao idoso, diariamente, foi em média 5,96 horas/dia. Esse número de horas diverge do estudo de Chen, Chen e Chu (2015) com idosos cuidadores que encontrou uma média superior de 17,5 horas/dia e, se mostraram inferiores também no estudo de Gratão et al. (2010) que encontrou médias de 15,6 horas/dia.

O cuidado diário encontrado nesse estudo foi menor, quando comparado com outros dados publicados na literatura. Fatores que podem ter levado a essa diferença são a variação no grau de dependência dos idosos receptores de cuidados, ou mesmo a dificuldade dos cuidadores mensurarem o tempo de cuidado gasto, uma vez que muitas destas atividades faziam parte da rotina.

Quanto à ajuda que os idosos cuidadores recebiam para desempenhar as atividades relacionadas ao cuidado, constatou-se que a maioria (77,65%) não recebia ajuda do tipo financeira e material de outra pessoa e nem ajuda afetiva e emocional (57,65%).

A literatura evidencia que o apoio pode vir de familiares e não-familiares (comunidade, vizinhos, religioso, amigos, entre outros) (NARDI; OLIVEIRA, 2009). Contudo, o apoio familiar está ligado a um sistema complexo de dar e receber ajuda material, suporte instrumental e apoio emocional, que pode ser expresso por meio companheirismo, afeto, empatia e escuta (LINS; ROSAS; NERI, 2018).

Ao pensar em suporte para o cuidador, deve-se levar em consideração sua rede de apoio social. Essa rede é composta por grupos, pessoas ou instituições que mantêm vínculo com o indivíduo e que produzem um sentimento de acolhimento, auxílio material, emocional ou afetivo. Contudo, devido as restrições do próprio cuidado e da sobrecarga, essa rede de suporte

pode ser afetada (KOBAYASI et al., 2019). Portanto, ter um olhar diferenciado para o cuidador é essencial, e para isso, os serviços das áreas sociais e de saúde têm um papel fundamental na assistência às necessidades do cuidador, por meio de uma equipe multiprofissional capacitada (ANDRADE, 2009).

6.2 Comparação dos idosos cuidadores e não cuidadores segundo as variáveis, desempenho cognitivo, sintomas depressivos, estresse percebido, desempenho funcional e apoio social

No rastreamento da cognição dos idosos cuidadores e não cuidadores, a média de pontuação no ACE-R total foi igual, de 62 pontos. Em ambos os grupos a maioria apresentava indícios de comprometimento cognitivo. Não houve diferença estatística entre os grupos, portanto, o fato de ser ou não cuidador de outro idoso não interferiu na avaliação cognitiva.

Esses resultados se diferem do estudo norte-americano de Bertrand et al. (2012), em que idosas cuidadoras apresentaram alto desempenho cognitivo, quando comparado a não cuidadoras. O autor ainda reflete que a rotina de cuidado exige habilidade de julgamento e resolução de problemas, que demanda do cuidador um nível mínimo de funcionamento cognitivo.

Outro estudo que diverge é de De Vugt et al. (2006) que comparou o desempenho cognitivo de cuidadores de pacientes com demência com um grupo controle que não prestavam cuidados. Em seus achados, os cuidadores tiveram desempenho significativamente pior em vários domínios cognitivos em comparação com os indivíduos controle. O baixo desempenho em uma tarefa de memória verbal foi relacionado à diminuição da competência subjetiva do cuidador e ao aumento da hiperatividade do paciente.

Os estudos são inconclusivos quanto ao desempenho cognitivo e a influência de ser ou não cuidador. Porém, ressalta-se a importância da realização do rastreamento cognitivo em idosos, visto que a média de pontuação foi baixa para ambos os grupos. Isto evidencia a necessidade de

aprofundar as investigações quanto a cognição com intuito de planejamento de assistência multiprofissional que busque a prevenção de déficits e estimulação de seu funcionamento cognitivo.

A avaliação de sintomas depressivos utilizando o GDS-15 apontou que a maioria dos idosos cuidadores e dos não cuidadores não apresentou sintomas depressivos. Ser ou não cuidador de outro idoso não interferiu na avaliação dos sintomas depressivos.

Esses resultados corroboram com Gaioli, Furegato e Santos (2012), em que nenhum cuidador atingiu o escore para depressão no rastreamento. Um estudo de revisão sistemática e metanálise apontou que idosos que vivem na comunidade apresentaram prevalências que variaram de 13% a 39% (BARCELOS-FERREIRA et al., 2010). E o estudo de base populacional de Hellwig, Munhoz e Tomasi (2016) identificou que 15,2% dos idosos da cidade de Pelotas (RS) apresentaram sintomas depressivos.

A metanálise de Pinquart e Sorensen (2003) diverge dos resultados da presente pesquisa. Os autores investigaram 84 estudos que comparavam cuidadores de idosos com não cuidadores. O grupo de cuidadores apresentou maiores níveis de depressão, principalmente naqueles cuidadores de idosos com demências. Contudo, os cuidadores não eram necessariamente idosos e outros instrumentos para avaliação dos sintomas depressivos foram aplicados.

A avaliação dos sintomas depressivos é um importante dado para população idosa, pois não somente pode produzir incapacidade e declínio na QV como também ocasionar outras doenças somáticas, acrescentando mais um risco (TRENTINI et al., 2006). O entendimento do estado de saúde mental dos idosos pode subsidiar a elaboração de políticas de atenção para o envelhecimento saudável, e para isso, estudos epidemiológicos tem um papel fundamental nas estimativas populacionais consistentes a respeito da depressão, contudo, a literatura ainda é escassa (HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016).

O estresse percebido avaliado pela PSS-14 nos idosos cuidadores apresentou pontuação média de 18,62 ($\pm 10,49$) e nos não

cuidadores de 16,79 ($\pm 8,58$) pontos, sendo que quanto menor a pontuação, menor o estresse percebido. Não identificou-se diferença estatística entre os grupos, portanto, ser ou não cuidador de outro idoso não interferiu no estresse percebido.

Resultados semelhantes ao da presente pesquisa foi encontrado por Trentino, Damasceno e Vieira (2009) que avaliaram o nível de estresse e a qualidade de vida em 40 indivíduos cuidadores e encontraram média 23,3 pontos na PSS. Ezzati et al. (2014) realizaram a validação da PSS em uma amostra comunitária de idosos e apresentaram uma média de 17,1 ($\pm 7,6$) pontos na PSS. Por outro lado, Fredman et al. (2010) investigaram cuidadores e não cuidadores e os efeitos do estresse no risco de mortalidade em mulheres idosas. Os cuidadores foram mais estressados que não cuidadores e a mortalidade foi menor nos cuidadores do que os não cuidadores.

O estresse percebido ocorre quando um indivíduo julga que as demandas situacionais excedem seus recursos. Eventos estressantes podem aumentar o risco de doença quando os recursos de enfrentamento são insuficientes para lidar com a ameaça ou a demanda (EZZATI et al., 2014).

Em ambos os grupos, os idosos apresentaram baixo nível de estresse, e isso pode-se dar ao fato da adaptabilidade frente às tarefas estressantes; por desconsiderarem determinada atividade como estressante; ou ainda por manterem suas rotinas e atividades sociais associadas às demais demandas, como o cuidado, por exemplo. O que corrobora com Gaioli, Furegato e Santos (2012) que identificaram situações estressantes no dia-a-dia dos cuidadores, mas que, na maioria dos casos, esses mostraram-se lidar bem com a situação, principalmente quando podiam contar com o apoio de outra pessoa.

Com relação ao desempenho funcional avaliado pela escala de AIVD de Lawton e Brody, a maioria (54,12%) dos idosos cuidadores, apresentou independência para as AIVDs, seguidos de 45,88% com

dependência parcial. Resultado diferente foi encontrado com os não cuidadores, pois a maioria (61,45%) apresentava dependência parcial, sendo essa diferença, estatisticamente significativa.

O estudo de Tomomitsu, Perracini e Neri (2013) com base nos dados do estudo FIBRA, comparou o desempenho funcional de 338 idosos cuidadores e 338 não cuidadores. Resultados similares foram encontrados para os cuidadores, que identificou 58,0% como independentes e 42,0% com dependência parcial e os mais velhos reportaram maior grau de dependência em AIVD. No entanto, para os não cuidadores os resultados divergem, a maioria (65,1%) era independente seguidos de 34,6% com dependência parcial.

Gavasso e Beltrame (2017) investigou a capacidade funcional em 272 idosos adscritos nas Estratégias Saúde da Família do município de Herval d'Oeste (Santa Catarina) e a prevalência de independência foi de 70,2% nas AIVD. A avaliação da capacidade funcional e instrumental são importantes ferramentas no planejamento em saúde, uma vez que permitem identificar e prevenir a expectativa de vida sem incapacidades e conseqüentemente melhorar QV do idoso (CAMARGOS; PERPÉTUO; MACHADO, 2005).

Avaliar os níveis individuais de independência nas AIVDs determinam a capacidade do indivíduo de cuidar de si próprio e viver de forma independente. É por meio de atividades como preparar refeições, usar telefone, fazer compras, usar medicações com segurança, limpar, passear e administrar finanças que a escala de Lawton e Brody caracteriza a independência na comunidade (GAVASSO; BELTRAME, 2017).

O apoio social é outra dimensão importante da atenção integral à saúde do idoso. No presente estudo, as médias no MOS foram elevadas em todos os domínios de ambos os grupos. Apesar dos não cuidadores apresentarem médias maiores em todos os domínios, diferença

estatisticamente significativa foi encontrada apenas no apoio material e informação.

Dizer que o indivíduo recebe apoio material ou instrumental, refere-se à assistência prática e direta recebida na realização de atividades ou resolução de problemas, já o apoio informacional está relacionado à obtenção de informações para resolução de problemas e conselhos para lidar com situações (GONÇALVES et al., 2011). Nas redes de interação, os indivíduos se expõem às trocas de suporte material, emocional e informativo (MARQUES et al., 2011) e de acordo com os resultados, esses tipos de suporte eram maiores nos idosos não cuidadores. Contudo, isso faz refletir a importância de tais apoios para o cuidador, por meio de recurso financeiro ou informações sobre a doença/ situação de dependência do idoso receptor de cuidados, reduzindo sentimentos de impotência e insegurança.

Por meio do apoio social os indivíduos se veem amparados para trabalharem suas emoções e sentimentos, aumentando seu bem-estar subjetivo, sua autoestima e sua satisfação com a vida (RODRIGUES; FERREIRA; CALIRI, 2013). Nesse sentido, uma rede social baseada em relações de qualidade é relevante para o suporte em nível emocional, instrumental, informacional e cognitivo (BARBOSA et al., 2017).

Um estudo realizado com 85 idosos cadastrados em USF localizadas em diferentes regiões de vulnerabilidade social apresentou pontuações médias inferiores ao presente estudo em todas as dimensões: 88,58 de apoio material, 78,54 de apoio afetivo, 71 de apoio emocional, interação social positiva 70,76 e informação 62,23 (LUCESI et al., 2015). Foram inferiores também na investigação com o objetivo de descrever as características do apoio social em população idosa rural, que evidenciou em sua amostra uma maioria do sexo feminino e idade entre 60 e 69 anos, e as médias de apoio material foi de 80,76, afetivo 81,79, emocional 81,07, interação social positiva 75,19 e informação 80,58 (PINTO et al., 2006).

6.3 Avaliação da espiritualidade e religiosidade de idosos cuidadores e não cuidadores

Em uma variação possível de 1 a 4 pontos na EEPP-R, os idosos cuidadores pontuaram médias de 3,55 ($\pm 0,54$) para espiritualidade global, 3,84 ($\pm 0,33$) no domínio crença e 3,36 ($\pm 0,76$) no domínio esperança/otimismo, enquanto que os não cuidadores obtiveram médias de 3,44 ($\pm 0,46$), 3,75 ($\pm 0,46$) e 3,23 ($\pm 0,63$), respectivamente.

Uma investigação realizada na cidade metropolitana de São Paulo com 400 idosos com média de 70 anos de idade, de ambos os sexos e residentes na comunidade, teve o objetivo de analisar a relação entre a espiritualidade e a qualidade de vida. Seus resultados mostraram médias na EEPP-R inferiores ao do presente estudo, sendo 3,22 ($\pm 0,60$) no escore global, 3,29 ($\pm 0,75$) para o domínio crenças e 3,16 ($\pm 0,62$) para o domínio esperança/otimismo e existência de correlação entre a espiritualidade e a qualidade de vida (QV), apontando para a importância da espiritualidade como uma dimensão de QV (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018).

Em Portugal, outro estudo com objetivo de analisar a relação entre espiritualidade e QV, mas em uma amostra de 47 idosos institucionalizados, obteve-se uma média de 83,23 anos de idade e na EEPP-R global foi de 3,18 ($\pm 0,70$), crença 3,51 ($\pm 0,76$) e esperança/otimismo 2,96 ($\pm 0,82$) e ressaltou a importância de se considerar a dimensão espiritual como um aspecto relevante para a QV dos idosos (SOARES; AMORIM, 2015).

No domínio crenças não houve diferença entre o grupo de idosos cuidadores e não cuidadores, no entanto, foi possível observar pontuações mais elevadas. As crenças religiosas/espirituais são o domínio vertical da EEPP-R e estão relacionados ao sentido e a força que esse fator representa na vida das pessoas, de forma que espiritualidade e religiosidade podem ser ferramentas de suporte emocional e ainda ter efeitos na saúde física e mental

(DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018). O fato desses idosos terem mais crenças religiosas/espirituais vai ao encontro dos pressupostos na construção da EEPP-R, em que segundo Pinto e Pais-Ribeiro (2007) uma grande parte das pessoas atribui o conceito de espiritualidade à fé religiosa.

As crenças em busca de significado para viver potencializa a relevância da espiritualidade para os idosos, portanto, à medida que se envelhece busca-se ancorar nos recursos que os auxiliam a enfrentar as adversidades e promover sentido a esse processo (CHAVES; GIL, 2015; DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018).

No domínio horizontal da EEPP-R esperança/otimismo, os escores de ambos os grupos foram mais baixos que o domínio vertical e, a diferença estatística mostrou que os idosos cuidadores apresentaram níveis mais elevados de esperança/otimismo. Esse domínio faz relação à perspectiva de vida positiva. O avançar da idade pode ser um fator que justifica o fato do escore mais baixo nesse domínio, uma vez que a esperança e as perspectivas para o futuro podem se confrontar com o pensamento de finitude e conseqüentemente, poucas expectativas são depositadas, priorizando vivenciar o momento presente às questões futuras (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018).

O fato desses idosos cuidadores terem níveis mais elevados de espiritualidade global e no domínio esperança/otimismo, como demonstrado nos resultados, permite refletir sobre a importância dos aspectos psicológicos, emocionais e espirituais no processo de cuidado, como estratégias eficazes para o enfrentamento das adversidades. Isso os auxilia a manter a esperança e forças para continuar o percurso da vida, permitindo interpretar de forma mais positiva as dificuldades vivenciadas pelo cuidador (SOUZA et al., 2017).

A espiritualidade e religiosidade fazem parte da rede de significados criada pelo homem para dar sentido à vida e à morte (REIS; MENEZES, 2017). De modo geral, os idosos tendem a maiores comportamentos e atitudes religiosas se comparados aos mais jovens, isso

devido às características de sua existência, demonstrando a relevância dessa temática nesta fase da vida. Referir-se à religiosidade é fazer menção aos comportamentos, atitudes, valores, crenças, sentimentos e experiências dos indivíduos motivados pelo envolvimento religioso (SANTOS; ABDALA, 2014).

Nesse sentido, foi avaliada também a religiosidade dos idosos cuidadores e não cuidadores por meio da DUREL. As médias dos cuidadores foram de 2,80 ($\pm 1,65$) pontos para RO, 1,61 ($\pm 0,60$) pontos na RNO e 4,46 ($\pm 1,80$) para RI, enquanto que os não cuidadores apresentaram 2,51 ($\pm 1,50$), 1,89 ($\pm 1,19$) e 4,28 ($\pm 1,69$) para RO, RNO e RI, respectivamente. Os cuidadores obtiveram médias mais elevadas na maioria das dimensões de religiosidade (RO e RI). Não houve diferença estatística entre os grupos, mas evidencia altos níveis de religiosidade para ambos.

Vale destacar que a RO compreende a frequência às atividades formais das instituições religiosas, a RNO engloba os comportamentos religiosos informais, que ocorrem fora do contexto da instituição religiosa e a RI avalia a influência da religião nos comportamentos do indivíduo e a importância da mesma na vida dos indivíduos (SANTOS; ABDALA, 2014).

Poucos estudos utilizam as médias em cada dimensão da DUREL especificamente em idosos ou cuidadores. Nesse sentido, algumas investigações com outras populações possibilitam mostrar diferenças entre os resultados.

A investigação de Dias (2012), que teve por objetivo analisar a relação entre a religiosidade e as características sociodemográficas e de saúde de 600 indivíduos residentes na comunidade da cidade de Itajubá-MG, encontrou médias semelhantes ao do presente estudo, sendo de 2,60 ($\pm 2,00$) pontos na RO, 2,40 ($\pm 2,00$) na RNO e 4,80 ($\pm 2,20$) pontos na RI. No entanto, vale destacar que na amostra de seu estudo, apenas 17,7% tinham 60 anos ou mais de idade, sendo a média de 43 anos de idade.

O estudo de Taunay (2011) correlacionou a religiosidade com escalas de sintomas depressivos e ansiosos e QV em duas amostras distintas (universitária e psiquiátrica). Em seus resultados, a população universitária (média de 20 anos de idade) obteve média na RO de 3,57 ($\pm 1,64$) pontos, RNO de 3,50 ($\pm 1,78$) pontos e RI de 9,90 ($\pm 3,73$) pontos, enquanto que as médias dos pacientes psiquiátricos (média de 40 anos de idade) foram: RO 3,76 ($\pm 1,68$) RNO 4,22 ($\pm 1,66$) e RI 10,90 ($\pm 3,64$). Para ambos os grupos, as pontuações de religiosidade foram inferiores ao do presente estudo.

Fonseca (2019) avaliou espiritualidade e religiosidade em 56 pacientes adultos (média de 38,5 anos de idade) com diabetes mellitus tipo 1. Na avaliação da religiosidade foi encontrado baixo/médio índice de RO (3,9 \pm 1,5), elevados índices de RNO (4,5 \pm 1,5) e RI (13,2 \pm 2,2). Vale ressaltar que, a autora fez a inversão das pontuações da DUREL, de forma que, quanto maior a pontuação, mais elevados os índices de religiosidade. Apresentou ainda que, a média de triglicérides foi significativamente menor no grupo com alto índice de RO quando comparado ao baixo índice de RO.

Com o objetivo de avaliar a religiosidade, capacidade funcional e qualidade de vida em dois grupos de idosos de Teresina-PI, Silveira (2017) identificou que em idosos institucionalizados, as médias foram: RO de 2,03 ($\pm 1,04$) pontos, RNO de 2,14 ($\pm 0,83$) pontos e RI 3,63 ($\pm 1,10$) pontos. Quanto aos idosos frequentadores de igrejas, RO de 2,16 ($\pm 1,03$) pontos, RNO de 2,42 ($\pm 1,10$) pontos e RI de 4,69 ($\pm 1,91$) pontos, apresentando diferença estatística ($p=0,003$) apenas na dimensão RI da escala de Duke-Durel.

A literatura cada vez mais evidencia um aumento da religiosidade, busca de conforto e compensação religiosa associada às morbidades incapacitantes, frequentemente presente nos idosos, impulsionando-os a um melhor bem estar físico, mental e emocional (NERY et al., 2018).

Sendo os aspectos espirituais e religiosos fundamentais para os seres humanos, tornam-se mais ávidos com a chegada da velhice, quando o

indivíduo é permeado de incertezas, inseguranças, mais propenso ao desenvolvimento de doenças e perdas por morte. Dessa forma, este processo de espiritualidade e fé deve ser estimulado, para possibilitar que, a partir dessas práticas, o idoso esteja munido de forças para superar seus conflitos (OLIVEIRA; ALVES, 2014).

6.4 Fatores associados à espiritualidade dos idosos cuidadores e não cuidadores

Nos últimos anos, tem havido um interesse crescente em compreender o papel da espiritualidade e da prática religiosa na construção de um 'envelhecimento bem-sucedido'. Contudo, a maioria desses estudos está limitada a uma interpretação da espiritualidade e religiosidade em pessoas com algum adoecimento ou que sofreram uma perda recente. Para uma significativa incorporação da espiritualidade em modelos de bem-estar e promoção da saúde no envelhecimento, exigirá uma compreensão mais completa de como a prática espiritual pode interagir com domínios relacionados ao envelhecimento na comunidade (VAHIA et al., 2011).

Foi realizada uma análise de regressão linear múltipla para verificar quais variáveis estão associadas à espiritualidade (e as dimensões crença e esperança/otimismo) dos idosos cuidadores e não cuidadores. Associação entre todas as variáveis (quantitativas e categóricas) e a espiritualidade foi realizada no presente estudo pra ambos os grupos. No entanto, algumas variáveis (sociodemográficas, de saúde, de cuidado e algumas escalas utilizadas nas avaliações) não apresentaram significância estatística e não permaneceram no modelo final de regressão.

A presente investigação encontrou que maiores pontuações de espiritualidade estão associadas àqueles idosos cuidadores com maior nível de percepção de apoio do tipo material.

O apoio do tipo material é um domínio de apoio social avaliado pelo MOS e enfatiza um dos aspectos das relações interpessoais. O apoio social é definido como qualquer informação, assistência material e/ou proteção oferecida por outras pessoas que procedem em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Nesse sentido, o apoio instrumental ou material faz referência à assistência com medidas práticas e diretas na realização de atividades ou resolução de problemas (GONÇALVES et al., 2011).

A percepção do indivíduo sobre o apoio que recebe é um aspecto relevante a ser considerado. Esse se relaciona com o significado que o apoio assume para determinada pessoa, pela (in)satisfação com esse auxílio e pelo tipo de relacionamento que se mantém. Assim, o conceito operacional de apoio social é limitado às percepções de quem o recebe (GONÇALVES et al., 2011).

Nesse sentido, a percepção do apoio social do tipo material pode estar influenciado pelo nível de demanda dos participantes (ZANINI; PEIXOTO; NAKANO, 2018). Partindo desse pressuposto, o cuidador está exposto a demandas de cuidados, em que, quanto maior a dependência por parte do receptor de cuidados, maiores são as necessidades de recursos dos diversos domínios de apoio social para atender às suas demandas reais.

Prestar o cuidado a um familiar no domicílio pode gerar diversas alterações na rotina da família e causar estresse, sobrecarga, isolamento social e problemas de saúde ao cuidador (YAMASHITA et al., 2013). Contudo, utilizar-se da espiritualidade como alicerce para suportar questões existenciais, eventos estressantes e traumatizantes frente ao papel que lhe é designado pode ser um recurso com implicações no bem-estar do indivíduo (ROCHA et al., 2018)

Para o cuidador, a oferta de apoio material e emocional pode aliviar a sobrecarga, melhorar as condições de atenção ao idoso receptor de cuidados (LINO et al., 2016), e como evidenciado no presente estudo, aumentar seu nível de espiritualidade. Isso implica em uma perspectiva mais positiva de enfrentar o cuidado. Assim, receber maior apoio material, pode ser a oportunidade para esse cuidador desfrutar de algum momento para o autocuidado, levar à melhores condições de saúde física e emocional, em que espiritualidade tem o potencial de interferir numa interpretação mais positiva dos eventos da vida.

Escores mais elevados de espiritualidade também estavam associados aos idosos cuidadores sem sintomas depressivos. Assumir o papel de cuidador pode abarcar diversas experiências ao cuidador familiar. Os sentimentos de ônus, estresse, solidão podem ser presentes, além de estarem expostos a sintomas depressivos (SANTOS-ORLANDI et al., 2019).

As demandas do cuidado podem influenciar os aspectos físicos, emocionais e propiciar maior incidência de sintomas depressivos entre cuidadores informais de idosos, muitas vezes relacionados à redução de tempo para si mesmo, isolamento social e sobrecarga de tarefas (SANTOS-ORLANDI et al., 2019; VITORINO et al., 2018). No entanto, as crenças espirituais parecem minimizar o sofrimento do cuidado e são frequentemente usadas para lidar com situações de adversidade (VITORINO et al., 2018).

Os indivíduos intrinsecamente ligados à espiritualidade possuem maior autoestima e melhor conexão consigo mesmo, com os outros e com um ser superior, evidenciam melhor funcionamento da personalidade e menos sintomas depressivos e ansiedade (ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006; LUCCHETTI; LUCCHETTI; BASSI; NASRI; NACIF, 2011; FUNG; LAM, 2013; PEREIRA et al., 2016).

Em consonância, a literatura também retrata que a espiritualidade bem vivenciada pelos indivíduos contribui para melhor bem-estar psicológico, e

como consequência, menos estresse, ansiedade, afetos negativos, solidão e depressão (CHEN et al., 2007; DUARTE; WANDERLEY, 2011; LAVRETSKY, 2010; LUCCHETTI et al., 2011; PEREIRA et al., 2016). Assim, para aqueles sem sintomas depressivos, as crenças espirituais positivas estão mais elevadas e podem melhorar o enfrentamento do idoso cuidador defronte as dificuldades do cuidado, aumentando o seu bem-estar e qualidade de vida.

O presente estudo também apontou que maiores escores de espiritualidade estavam associados àqueles idosos cuidadores que recebiam ajuda afetiva/emocional e as percebiam como suficientes.

Levando em consideração as atividades desempenhadas pelo cuidador, ter alguém para oferecer suporte emocional torna o cuidado menos oneroso. Esse tipo de apoio está relacionado ao compartilhamento de experiência de vida, empatia, amor, confiança (PALMER KELLY et al., 2019).

O estudo de Palmer Kelly et al. (2019) com o objetivo de caracterizar os tipos de apoio social no contexto do cuidador, bem como no contexto espiritual/religioso entre os pacientes com câncer, identificou que, os participantes refletiram sobre a importância de se sentir amado, apoiado, cuidado, da empatia e da compaixão e discutiram o papel crítico da espiritualidade e religião no fornecimento de apoio emocional.

A espiritualidade oferece ao cuidador maior recurso emocional, espiritual e social e, têm um papel fundamental na superação das dificuldades vivenciadas no seu cotidiano. Fornecem sentido à vida, à velhice, à dependência e ao cuidado (SOUZA et al., 2017).

Cuidadores com habilidades de adaptação mais ativas (por exemplo, técnicas de enfrentamento ou sistemas de apoio disponíveis) provavelmente avaliarão as responsabilidades do cuidado como menos estressantes, levando à redução da carga do cuidador. Concomitante, o suporte espiritual é como um potencial amortecedor dos efeitos negativos do cuidado (WILKS et al., 2018).

Desse modo, ter um apoio emocional percebido como suficiente aumenta os níveis de espiritualidade e ambos podem atuar como estratégias positivas para o cuidador. Para Araújo Alves et al. (2016), é oportuno que os profissionais de saúde dirijam sua atenção para esses aspectos e visem oferecer suporte emocional para a livre expressão da religiosidade e da espiritualidade.

A variável sociodemográfica, ser do sexo feminino, estava associada à maior pontuação da escala de espiritualidade nos idosos cuidadores. Muitos estudos revelaram que as mulheres são caracterizadas por um nível mais alto de espiritualidade (BRYANT 2007; SKRZYPIŃSKA, 2017). O estudo de Harvey (2008) realizado com 24 mulheres de uma comunidade na Pensilvânia com média de 74 anos de idade mostrou que mais da metade (54%) das participantes se consideravam moderadamente espirituais, seguidos por 29% que se consideravam muito espirituais e 17% levemente espirituais.

Mattis (2002) apud Skrzypińska (2017) apontou pesquisas que argumentam a espiritualidade ajudando mulheres a (1) interrogar e aceitar realidade, (2) obter a visão e a coragem necessárias para se envolver em rendição espiritual, (3) enfrentar e transcender limitações, (4) identificar e lidar com questões existenciais de vida, (5) reconhecer propósito e destino, (6) definir caráter e agir de acordo com princípios morais subjetivamente significativos, (7) alcançar crescimento e (8) confiar na viabilidade de fontes transcendentais de conhecimento e comunicação.

O estudo de Skrzypińska (2017) revela em seus resultados que quanto mais as mulheres acreditam que um poder superior que governa a realidade, maior sua espiritualidade e, de fato, também sua religiosidade. Isso significa que as crenças são as primeiras, a espiritualidade é a segunda e a religiosidade é a última dessa cadeia, e que isso pode evidenciar a origem desses fenômenos.

As evidências da pesquisa de Garces et al. (2017), que investigaram o nível de resiliência entre 241 mulheres idosas de Cruz Alta-RS e sua associação com bem-estar espiritual e apoio social, revelaram que um alto bem-estar espiritual através das dimensões religiosas e existenciais, as fortalece, embora a vida tenha adversidades. Além disso, demonstraram ter um alto apoio social e poder contar com a companhia de alguém.

Essas adversidades podem estar relacionadas ao processo de cuidar, sendo que a literatura mostra o cuidado sendo realizado majoritariamente pela figura feminina. Nesse sentido, e como evidenciado no presente estudo, o fato de serem cuidadoras do sexo feminino aumentar o nível de espiritualidade, faz refletir sobre um fator protetor para o cuidado praticado pelas mulheres, uma vez que, maior espiritualidade também está relacionada às interpretações mais positivas de eventos estressantes e dificuldades.

Ter muita satisfação com a vida foi um aspecto relacionado à maior espiritualidade nos idosos cuidadores e não cuidadores. A satisfação com a vida permite avaliar quão satisfeito está o indivíduo através das suas vivências e experiências ao longo do seu ciclo de vida (SILVA, 2018).

A literatura estabelece que níveis mais elevados de satisfação com a vida favorecem boas condições de saúde física, mental, social e é um importante indicador de qualidade de vida em adultos e idosos. Essa satisfação pode entrar em desequilíbrio na presença de eventos adversos na vida dos idosos. No entanto, conseguem se adaptar e é comum retornarem a bons níveis de satisfação com a vida (DIENER; RYAN, 2009; TOMOMITSU; PERRACINI; NERI, 2014).

No estudo de Tomomitsu, Perracini e Neri (2014), que examinou os fatores relacionados à satisfação com a vida, a maioria dos idosos mostrou-se satisfeito com a vida, independentemente de serem cuidadores ou não. Os autores também trazem uma reflexão sobre os mecanismos de adaptação psicológica presentes na velhice, que em decorrência da redução das

expectativas de tempos futuros, prioriza-se investir em conforto emocional e relações afetivas e tendem a diminuir o interesse por experiências emocionais negativas. Isso possibilita melhor bem-estar subjetivo e proteção da influência de eventos estressores (DIENER; RYAN, 2009).

Nessa perspectiva, a espiritualidade se relaciona com a satisfação com a vida, e a fusão dessas duas variáveis se replica em estratégias para o enfrentamento e superação das alterações que vão surgindo no decorrer do processo de envelhecimento, de mudança para uma nova situação de vida, perante um estado de adoecimento ou mesmo na necessidade de prestar cuidados a outrem. Assim, as crenças e fé podem manter a satisfação pela vida do idoso que, conseqüentemente, aumenta seu nível de espiritualidade, e o permite desfrutar dos impactos positivos dessas variáveis na sua vida.

Quanto aos não cuidadores, maior escore de espiritualidade estava associado a idosos mais jovens. Estudos indicam que as crenças e fé acabam sendo mais presentes na vida dos idosos do que dos jovens, sendo eles mais participativos em atividades de organizações religiosas ou de práticas religiosas; estão mais engajados na busca de um sentido para a vida; de transcendência de suas vulnerabilidades; creem num poder supremo e reconhecem uma religiosidade intrínseca (GOLDSTEIN; NERI, 2000; GOLDESTEIN, SOMMERHALDER, 2002; NEGREIROS, 2003; LAVRETSKY, 2010; GUTZ; CAMARGO, 2013).

O impulso aumentado à espiritualidade dos idosos, muito se relaciona com o sentimento de brevidade da vida e com a introspecção como parte natural do processo de amadurecimento do meio para o final da vida. A espiritualidade e a participação religiosa estão altamente correlacionadas com o envelhecimento bem-sucedido positivo, como dieta, exercício, estímulo mental, auto eficácia e conexão social, estimulando o interesse em entender por que a espiritualidade tem efeitos tão positivos na qualidade de vida e no final da vida (LAVRETSKY, 2010).

Para tanto, a espiritualidade é uma tarefa de desenvolvimento ao longo da vida, durando até a morte (LAVRETSKY, 2010). No presente estudo, os idosos mais jovens estavam mais imbuídos de espiritualidade, o que pode refletir a aceitação de uma nova fase da vida que se inicia, mesmo que ainda permeada de incertezas e poucas projeções futuras, mas de um resgaste com suas dimensões internas, de transcendência e de acreditação em uma força superior que seja capaz de auxiliá-lo no enfrentamento dessa fase da velhice.

Outro aspecto relacionado a níveis mais elevados de espiritualidade foi em idosos com algum comprometimento cognitivo. A preservação da função cognitiva é crucial para o envelhecimento saudável. A função cognitiva reduzida pode afetar adversamente a saúde do idoso e está associada a distúrbios demenciais. Indo ao encontro, o envolvimento religioso e espiritual influencia a saúde por meio de vários mecanismos, como ansiedade e depressão, alterações fisiológicas que podem afetar as áreas de memória do cérebro, ou numa perspectiva mais subjetiva, de significado para existência (KOENIG, 2012; HOSSEINI; CHAURASIA; OREMUS, 2019).

A espiritualidade promove um estilo de vida ativo, estimulante e socialmente comprometido que preserva a função cognitiva saudável. Protege contra sentimentos de estresse, ansiedade e depressão e por consequência, uma melhor saúde emocional e mental pode proteger contra a atrofia do hipocampo e potencialmente proteger contra o declínio cognitivo (HILL, 2008 apud HOSSEINI; CHAURASIA; OREMUS, 2019).

O estudo de Kaufman et al. (2007) com o objetivo de avaliar os efeitos da qualidade de vida, espiritualidade e religiosidade na taxa de progressão do declínio cognitivo na doença de Alzheimer em 70 pacientes, trouxe como resultado após controle por idade, sexo, educação e nível cognitivo na linha de base, que taxas mais lentas de declínios cognitivos foram associadas a níveis mais altos de espiritualidade.

Como explanado, a maioria dos estudos refere a associação da espiritualidade com melhores desempenhos cognitivos dos indivíduos, contudo, os resultados da presente pesquisa se diferenciam. Os maiores níveis de espiritualidade em idosos com comprometimento cognitivo reafirmam quão minuciosa e relevante é essa variável e elucidam sobre os resultados benéficos da exposição às dimensões espirituais.

Idosos independentes nas AIVDs apresentaram escore de espiritualidade mais elevado. O avançar da idade pode provocar no idoso uma série de alterações e incapacidades, oriundas de agravos na saúde física e mental (CANEPPELE, 2007). Em seu estudo, ROCHA e CIOSAK (2014) citam que no âmbito brasileiro, 10% das pessoas acima de 65 anos necessitam de auxílio para realizar alguma AVD, relacionada ao autocuidado, e 40% com esta idade dependem de ajuda para realizar AIVDs.

O estudo de Vitorino e Vianna (2012) realizado com 77 idosos residentes em duas instituições de longa permanência avaliando o coping religioso/espiritual mostrou que a fé colaborava na cura, controle das doenças crônicas e/ou na melhora da capacidade funcional nas AVDs. Os autores ainda trazem a importância do coping religioso/espiritual positivo nesses idosos, ao passo que o coping religioso/espiritual negativo pode colaborar para o declínio da saúde e aumento da disfunção das AVDs.

Embora a população do presente estudo seja diferente desse apresentado, ou seja, idosos residentes na comunidade, também implica na relevância de se manter a capacidade funcional, uma vez que está relacionado à sua independência e habilidade para realizar seus cuidados e tarefas do cotidiano, ainda mais quando se pode contar com os recursos de enfrentamento da espiritualidade.

Silveira (2017) buscou investigar a relação da espiritualidade, e capacidade funcional em dois grupos de idosos (institucionalizados e participantes de atividades de convivência de igrejas cristãs). Na comparação

do nível de AVDs e AIVDs entre os grupos percebeu-se que ambos eram independentes e não houve relação entre a espiritualidade e a capacidade funcional de ambos os grupos, explicando que esse fato pode ser devido aos altos valores atribuídos à espiritualidade dos dois grupos.

Esses resultados se diferenciam do presente estudo, em que, uma maior independência as AIVDs estava associada com elevados níveis de espiritualidade. O amparo das crenças espirituais e fé podem auxiliar na melhora da percepção do indivíduo sobre a sua qualidade de vida e o estimula a buscar sempre maneiras de permanecer com independência e autonomia (SILVEIRA, 2017).

6.5 Fatores associados à religiosidade dos idosos cuidadores e não cuidadores

Foi realizada uma análise de regressão linear múltipla para verificar quais variáveis estão associadas à religiosidade (e as dimensões RO, RNO e RI) dos idosos cuidadores e não cuidadores. Associação entre todas as variáveis (quantitativas e categóricas) e a religiosidade foi realizada no presente estudo para ambos os grupos. No entanto, algumas variáveis (sociodemográficas, de saúde, de cuidado e algumas escalas utilizadas nas avaliações) não apresentaram significância estatística e não permaneceram no modelo final de regressão.

O presente estudo mostrou que maiores pontuações de religiosidade estão associadas àqueles cuidadores sem companheiros.

Dias (2012) apresenta resultados que vão contra os achados no presente estudo. Em sua investigação, identificou que pessoas com companheiros/cônjuges tinham 1,62 vezes mais chance de ter religiosidade intrínseca do que os sem companheiros/cônjuges. Contudo, vale destacar que

o estudo foi realizado em residentes da comunidade de uma cidade no interior de Minas Gerais, com faixa etária de 20 a 80 anos ou mais (média de 43 anos de idade) e que não eram cuidadores.

O fato de serem idosos cuidadores sem cônjuge contribuiu para melhor religiosidade organizacional, ou seja, participavam com mais frequência de atividades religiosas formais como ir à igreja, ao culto ou de cargos/funções religiosas. Nesse sentido, como refere-se à figura do cuidador, a ausência de um companheiro pode ser um fator de menor sobrecarga de tarefas ou menos necessidade de dedicação e atenção a outrem, e isso ter contribuído para o aprofundamento em sua religiosidade.

Um maior nível de religiosidade está associado a idosos cuidadores do sexo masculino. Esse dado se diferencia da maioria dos estudos relacionados à religiosidade, que evidencia uma maior dedicação religiosa entre as mulheres idosas. Diante de situações estressantes, os estudos mostram que as mulheres utilizam mais frequentemente recursos como a oração, a fé e a confiança em Deus ou num ser superior, enquanto os homens inibem mais as emoções (ARAÚJO et al., 2008; DIAS, 2012; GUTZ; CAMARGO, 2013).

Indo de encontro com o presente estudo, Dias (2012), analisou os fatores sociodemográficos e de saúde associados a religiosidade em pessoas 600 residentes de Itajubá-MG, e identificou que as mulheres apresentavam índices significativamente maiores de religiosidade do que os homens, bem como maiores chances de “frequentar uma igreja, templo ou outro encontro religioso”, de dedicar seu tempo a atividades religiosas e de religiosidade intrínseca quando comparadas dos homens.

Contudo, o estudo de Gutz e Camargo (2013, p.802) buscou caracterizar as representações sociais da espiritualidade elaboradas por idosos com 80 anos de idade ou mais. Por meio de um comparativo de ideias por gênero, os homens citaram a espiritualidade como “existência de um ser

superior, de um mundo espiritual que transcende a existência mundana e da importância dos ensinamentos do cristianismo”.

No mesmo estudo, duas representações sociais da espiritualidade foram levantadas, uma na perspectiva masculina, de “conexão com uma força superior, poder divino ou Deus desvinculado da religião, e outra na feminina, ancorada na ideia de transcendência da matéria, parte integrante da vida e religiosidade” (GUTZ; CAMARGO, 2013, p.793).

Outro aspecto importante é quanto ao fato de ser cuidador. Apesar da figura feminina ser representativa no papel do cuidado, nos últimos anos, tem-se verificado aumento do número de cuidadores homens. Eles vivenciam o processo de cuidar de um familiar de maneira diferente, com menores índices de estresse e depressão, e níveis mais elevados de bem-estar subjetivo e de saúde física. Mas são diferentes também o tipo e a quantidade de cuidados prestados, quando comparados às mulheres cuidadoras (MELO, 2009).

Para tanto, os cuidadores do sexo masculino, com maior frequência, se dedicavam as atividades religiosas organizacionais e isso pode fornecer maior suporte emocional e espiritual para as demandas do cuidado.

Em ambos os grupos, os idosos pertencentes à religião católica apresentavam maiores níveis de religiosidade.

Para a maioria dos idosos a religião é importante. O envolvimento religioso pode proporcionar aumento do senso de propósito, busca por respostas e significado de vida, sobretudo na população idosa (KAMADA et al., 2019). A igreja, os grupos de oração e outras atividades que o idoso venha a participar passam a funcionar como fonte de apoio emocional, ajudando a administrar as tensões e sofrimentos (MARQUES et al., 2011).

A população brasileira é extremamente religiosa e deve-se isso a influência da religião católica da época do descobrimento do Brasil e colonialismo, mantendo o catolicismo predominante desde então (DIAS, 2012).

Em estudos com idosos, a religião católica é a mais predominante (DUARTE; WANDERLEY, 2011; SOARES; AMORIM, 2015; PAVARINI et al., 2017; SOUZA et al., 2017; SILVA, 2018). O Censo Demográfico 2010 apontou para o crescimento da diversidade dos grupos religiosos no Brasil. O perfil religioso da população brasileira manteve como aspecto principal a hegemonia da filiação à religião católica, contudo, ainda que majoritária, seguiu a tendência de redução observada nas duas décadas anteriores (IBGE, 2010).

O Censo 2010 mostrou redução do percentual de pessoas da religião católica romana, o qual passou de 73,6% para 64,6% e aumento do total de pessoas que se declararam evangélicas, de 15,4% para 22,2% da população, e sem religião, 8,0% dos residentes. Observou-se, ainda, o ligeiro crescimento dos que se declararam espíritas (de 1,3%, em 2000, para 2,0% em 2010) (IBGE, 2010).

O presente estudo mostrou que os idosos envolvidos com a religião católica tinham mais religiosidade, assim, com maior frequência iam a igreja e/ou dedicavam tempo a atividades religiosas individuais, como orações e leitura da bíblia, por exemplo. O apoio emocional que muitas vezes é encontrado nas religiões fornece aos indivíduos uma maior sensação de bem-estar (CRUZ et al., 2016; PILGER et al., 2017). O envolvimento com a religião tem demonstrado efeitos na saúde, como estilo de vida mais saudáveis e melhor QV (PILGER et al., 2017).

Outros aspectos relacionados aos melhores escores de religiosidade foram àqueles idosos com sintomas depressivos e pouco satisfeitos com a vida.

No estudo de Nery et al. (2018) para identificar vulnerabilidades e a associação entre religiosidade e a presença de sinais depressivos em 140 idosos internados em uma unidade de urgência e emergência, apresentou que a religiosidade não estava fortemente ligada a ausência de sinais depressivos, houve uma associação positiva, mas de fraca magnitude na religiosidade

intrínseca. Os autores concluíram que, para sua amostra, a religiosidade dos idosos tem baixo efeito benéfico sobre o aparecimento de sinais depressivos.

Outro estudo em que a escala de Religiosidade de DUREL foi utilizada, para investigar sua relação com a qualidade de vida e sintomas depressivos em 287 idosos, apresentou elevado índice de religiosidade e se associou de forma positiva à qualidade de vida, mas não teve relação com os sintomas depressivos (CHAVES et al., 2014).

Sintomas depressivos podem acarretar nos idosos um quadro de maior vulnerabilidade, adoecimento e um risco aumentado de morbidade e mortalidade (NERY et al., 2018). Conseqüentemente, ferramentas que o apoiem podem minimizar ou prevenir os agravos decorrentes da sua instalação, sendo as ferramentas espirituais e religiosas um bom recurso.

Maiores níveis de envolvimento religioso estão associados positivamente aos indicadores de satisfação com a vida, felicidade e afetos positivos (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006; CHAVES et al., 2014; VIEIRA; AQUINO, 2016).

Contudo, o estudo de Caldeira et al. (2017) investigou associações entre variáveis sociodemográficas, de cuidado, condições de saúde e religiosidade com a baixa satisfação com a vida de idosos cuidadores. Observou que os cuidadores idosos com maior chance de baixa satisfação com a vida foram os que pontuaram baixo no fator autorrealização e prazer e que pontuaram alto em sobrecarga percebida. A religiosidade não apresentou interferência sobre a satisfação com a vida dos idosos cuidadores e os autores justificaram esse resultado à multidimensionalidade da religiosidade, que pode ter dificultado a mensuração e associação com outros fatores.

No presente estudo, idosos com sintomas depressivos participavam com mais frequência de igrejas, templos ou outros encontros religiosos e aqueles pouco satisfeitos com a vida, com mais frequência dedicavam seu tempo a atividades religiosas individuais, ou seja, demonstravam

características mais assíduas de religiosidade. Nesse sentido, a própria condição de sintomas depressivos, pode ter sido gatilho para uma maior aproximação com a religiosidade.

Essas diferenças entre os estudos evidenciam a importância de investigar os fatores associados à religiosidade em idosos, e cada vez mais contribuir para compreensão desses aspectos. O fato dessas variáveis negativas de saúde emocional serem condizentes com a maior religiosidade, ressalta a multidimensionalidade desse constructo e do ser humano. Contudo, ainda é relevante a reflexão sobre as atitudes que possam ser estimuladas para o desenvolvimento da religiosidade dos indivíduos e consequentes benefícios que esses poderão usufruir.

O fator econômico também esteve associado à religiosidade dos idosos, sendo que, quanto maior renda familiar, mais elevados os níveis de religiosidade.

Diferentemente do presente estudo, Moreira-Almeida et al. (2010) trazem que alguns autores propõem que religiosidade tende a ser maior entre indivíduos de menores condições financeiras. Contudo, em seu estudo, com o objetivo de descrever o envolvimento religioso na população brasileira e sua relação com variáveis sociodemográficas, a renda, nível educacional e ocupação não se associaram de modo consistente com envolvimento religioso. Outro estudo com o objetivo de descrever a relação da espiritualidade e religiosidade com sexo, idade e renda familiar de idosos, a associação entre renda e religiosidade também não foi encontrada (RODRIGUES et al., 2017).

A investigação de Dias (2012) avaliou também a associação da religiosidade por meio da DUREL com a renda familiar de pessoas residentes do interior de Minas Gerais, no entanto, também não houve diferença entre diferentes faixas de renda (até 1 salário mínimo (SM); >1 a 2 SM; >2 a 3 SM; >3 a 5 SM e >5 SM) em relação aos domínios da DUREL.

Churchill, Appau e Farrell (2019) examinaram a relação entre religiosidade e renda no bem-estar subjetivo em uma amostra de países em desenvolvimento. Seus resultados, apesar de estarem voltados ao bem-estar, mostrou a importância da religiosidade e renda, concluindo que: (1) níveis mais altos dessas variáveis proporcionaram aos indivíduos maior satisfação subjetiva com a vida; (2) religiosidade e a renda, juntas, têm um impacto mais forte no bem-estar do que os efeitos separados da religiosidade ou da renda. Os autores ainda ressaltam que a religiosidade fornece bem-estar psicológico que transcende o bem-estar econômico, particularmente nas economias em desenvolvimento.

A religiosidade pode ter papéis socioculturais importantes independentemente do status econômico. No presente estudo, identificou-se que os fatores econômicos como renda têm uma contribuição muito significativa para maior religiosidade intrínseca, ou seja, indivíduos com melhores condições financeiras eram mais motivados, tinham seus comportamentos influenciados por sua crença religiosa e estavam mais atrelados a dimensão subjetiva do quanto ou como o indivíduo percebe a importância da religião em sua vida.

Dada às particularidades do envelhecimento, torna-se relevante o olhar aos aspectos físicos, sociais, emocionais e espirituais desse idoso, buscando a integralidade da atenção (RODRIGUES; FERREIRA; CALIRI, 2013).

O interesse na abordagem da espiritualidade e religiosidade no âmbito da saúde nunca esteve tão presente como nos últimos anos, e os achados da presente pesquisa apontam mais uma contribuição para elucidar essa associação.

A importância de estudar a espiritualidade e religiosidade se faz ao evidenciar a sua influência àqueles que passam, principalmente, por adversidades, crises e adoecimentos (MENDONÇA NETTO; MOREIRA-

ALMEIDA, 2010), bem como quando se mostram associadas à maior bem estar, melhor prognóstico de transtornos mentais e menores taxas de suicídio, delinquência, abuso de drogas e mortalidade geral (KOENIG, 2012; MOREIRA-ALMEIDA; NETO; KOENIG, 2006).

Investigar a temática religiosa e espiritual proporciona uma melhor compreensão do ser humano, independentemente de nossa postura perante o assunto e crenças enquanto pesquisadores. A revisão integrativa de Thiengo et al. (2019) apontou que muitos profissionais de saúde reconhecem a necessidade de atender os aspectos espirituais de seus pacientes, contudo, se sentem desconfortáveis, hesitantes e isso se repercute pela falta de inclusão adequada dessa temática durante a formação acadêmica. A ausência de um treinamento bem estruturado para os profissionais, dificulta a introdução desse suporte na prática assistencial, uma vez que já enfrentam sobrecargas de tarefas.

Nesse sentido, torna-se de suma importância disciplinas que preparem o profissional para uma abordagem religiosa/espiritual. A interface dessas temáticas com a área da saúde inseridas nas grades curriculares podem auxiliar os profissionais a identificar as demandas dos pacientes, o que os tornam mais favoráveis ou não a uma intervenção ou tratamento, para amparar a escuta ou mesmo preparar esses profissionais para condutas e até dilemas éticos em que a religião e crenças religiosas estão envolvidas e acima de tudo, para buscar compreender e ser sensível ao significado e a importância que cada paciente atribui às suas crenças religiosas (INOUE; VECINA, 2017; THIENGO et al., 2019).

7 CONCLUSÃO

A realização desta investigação permitiu identificar quais fatores sociodemográficos, aspectos emocionais, de saúde mental e apoio social estão associados à espiritualidade e religiosidade de idosos cuidadores e não cuidadores residentes nas áreas de abrangência das USFs de um município do interior do estado de São Paulo.

Com os resultados obtidos foi possível verificar:

- Na caracterização sociodemográfica dos idosos cuidadores: maioria era do sexo feminino, casado, aposentado, idade elevada e baixa escolaridade. Pertenciam à religião católica, eram praticantes há mais de 10 anos, de baixa renda individual. Quanto aos idosos não cuidadores: a maioria era do sexo feminino, viúvos, aposentado, idade elevada e baixa escolaridade. Pertenciam à religião católica, eram praticantes há mais de 10 anos, com baixa renda individual e renda familiar. Diferenças estatísticas entre os grupos foram para: estado civil (maioria dos cuidadores eram casados e os não cuidadores eram viúvos, separados e divorciados), aposentado (a maioria dos cuidadores e não cuidadores era aposentado), renda individual (maior nos não cuidadores) e renda familiar (maior nos cuidadores);

- Quanto aos aspectos relacionados ao cuidado, a maioria dos idosos cuidadores cuidava do cônjuge, por muitos anos e poucas horas por dia. A maioria não recebia ajuda financeira e/ou material, nem ajuda afetiva e emocional;

- A maioria dos idosos cuidadores e não cuidadores apresentou indícios de comprometimento cognitivo; não apresentou sintomas depressivos; o nível de estresse percebido foi baixo. Quanto ao apoio social, os idosos não cuidadores apresentaram médias de pontuação maiores em todos os domínios. A maioria dos idosos cuidadores apresentou independência para as AIVDs e os não cuidadores, dependência parcial. Diferenças estatísticas entre cuidadores e não cuidadores foram para: desempenho funcional nas AIVDs (cuidadores eram mais independentes e não cuidadores com dependência parcial) e na

escala de apoio social, nos domínios apoio material e informação (menores nos cuidadores);

- Na avaliação da espiritualidade pela EEPP-R, ambos os grupos apresentaram pontuações elevadas nos domínios crença e esperança/otimismo. Diferenças estatísticas apontaram para espiritualidade mais elevada nos idosos cuidadores;

- Na avaliação da religiosidade pela DUREL, ambos os grupos apresentaram pontuações elevadas na RO, RNO e RI. Os cuidadores apresentaram médias superiores às dos não cuidadores, contudo, não houve diferença estatisticamente significativa;

- Os fatores associados aos maiores níveis de espiritualidade dos idosos cuidadores foram: maior nível de percepção de apoio do tipo material, sem sintomas depressivos, receber ajuda afetiva/emocional suficiente, ser do sexo feminino, ter muita satisfação com a vida. Para os idosos não cuidadores, os fatores associados aos maiores níveis de espiritualidade foram: muita satisfação com a vida, menor idade, ter comprometimento cognitivo e ter independência em AIVD;

- Os fatores associados aos maiores níveis de religiosidade dos idosos cuidadores foram: ser da religião católica, indivíduos sem companheiros e ser do sexo masculino. Os fatores associados aos maiores níveis de religiosidade dos não cuidadores foram: ser da religião católica, apresentar sintomas depressivos, ser mais ou menos/ pouco satisfeito com a vida e ter maior renda familiar.

Os resultados apresentados permitiram traçar o perfil dos idosos cuidadores em amostra de uma cidade brasileira, bem como, compará-los com outro grupo de idosos que não realizam o cuidado. Nessa comparação, ainda que algumas diferenças estatísticas foram apontadas, pôde-se perceber que os grupos apresentaram resultados similares nas características

sociodemográficas, aspectos emocionais, de saúde mental e apoio social e pontuações semelhantes nas escalas de espiritualidade e religiosidade.

Foi possível identificar os fatores que se relacionam aos níveis de espiritualidade e religiosidade de idosos cuidadores e não cuidadores e retratar que para cada grupo, a maioria desses fatores foram diferentes. Isso aponta para a multidimensionalidade dessas variáveis.

Conhecer quais aspectos melhoram a condição de espiritualidade e religiosidade interessa, à medida que se evidencia as influências positivas dessas na saúde emocional, mental e física de um indivíduo.

Portanto, esses dados permitem direcionar intervenções e promover questionamentos para estudos posteriores:

- Auxiliar os idosos cuidadores quanto aos recursos de suporte material recebido por familiares, sociedade, profissionais e esferas públicas;
- Promover rastreio, orientações e direcionar a atenção dos profissionais da saúde para os sintomas depressivos dos idosos;
- Auxiliar os idosos cuidadores quanto à ajuda afetiva/emocional recebida por familiares e profissionais da saúde;
- Estimular o idoso a desempenhar atividades que geram seu bem-estar e satisfação com a vida;
- Desenvolver grupos em parceria com os profissionais de saúde das USFs e/ou comunidade religiosa para atividades relacionadas a espiritualidade e crenças religiosas por faixa etária e por gênero;
- Estimular e promover no idoso a independência nas AIVD;
- Investigar a variável cognição, sobre o fato do idoso com comprometimento cognitivo estar relacionado a maiores níveis de espiritualidade, bem como ao fato daqueles que apresentaram sintomas depressivos terem religiosidade mais elevada;

- Torna-se interessante investigar sobre os praticantes da religião católica terem níveis de religiosidade mais elevados. Conhecer as principais diferenças e características das religiões e dos religiosos;

- Investigar mais atentamente o que leva os idosos sem companheiros, pouco satisfeitos com a vida e com maior renda familiar apresentarem mais religiosidade;

O estudo apresenta algumas limitações. O cálculo do poder amostral permite generalizar os dados para os idosos cuidadores e não cuidadores. Contudo, restrito a indivíduos residentes em áreas de abrangências de USFs de uma cidade no interior do estado de São Paulo. Portanto, é preciso também cautela na extrapolação dos nossos achados para a população total.

Outra limitação dá-se ao fato deste estudo ser de corte transversal, que por sua natureza, inviabiliza a interpretação dos resultados na perspectiva de causa e efeito entre as variáveis pesquisadas, porém possibilita uma importante análise de relação entre as mesmas. Estudos prospectivos para investigar mais detalhadamente a existência da relação causa-efeito são incentivados, de modo a confirmar as hipóteses levantadas pelo presente estudo.

Buscar intervenções que estimulem a espiritualidade e religiosidade é de extrema importância para o bem-estar. Contudo, são poucas investigações que trazem relatos sobre intervenções realizadas com idosos e/ou cuidadores que, ainda é possível questionar: como mobilizar organizações e profissionais de saúde para a temática que tanto pode oferecer apoio a essa população?

Estudar as questões espirituais e religiosas permite refletir sobre a dificuldade dos profissionais de saúde na abordagem desses temas, que dentre os diversos motivos para que isso ocorra, têm-se a insuficiente formação dos profissionais para os cuidados com os aspectos emocionais e espirituais de

idosos. Nesse sentido, é de suma relevância a capacitação dos profissionais de saúde para sensibilizá-los quanto à necessidade de atenção ao indivíduo de forma holística e em todo o processo do cuidado.

Esses achados podem ajudar expandir a compreensão do papel da espiritualidade e religiosidade numa perspectiva mais ampla para o envelhecimento bem-sucedido, bem como, para o idoso cuidador que desempenha o cuidado a outro idoso e, portanto, visando assistência a essa população em seus aspectos emocionais e espirituais.

8 REFERÊNCIAS

ALLIANCE FOR AGING RESEARCH. Fact Sheet: Selected Caregiver Statistics. 2011

ALMEIDA, A. V. et al. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 14, n. 1, p. 115–131, 2015.

ALMEIDA, B. B. De; BRASIL, L. de O. F.; MANHÃES, F. C. A espiritualidade como mecanismo de auxílio no processo de envelhecimento: uma revisão de literatura. **Temas em Saúde**, v. 18, n. 4, p. 186–196, 2018.

ALMEIDA, O.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v.57, n.2, p. 421-426, 1999.

ALVES, E. V. da C. et al. The double vulnerability of elderly caregivers: multimorbidity and perceived burden and their associations with frailty. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 3, p. 301–311, 2018.

AMANCIO, T. G.; OLIVEIRA, M. L. C. De; AMANCIO, V. dos S. Factors influencing the condition of vulnerability among the elderly. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 2, 2019.

ANDRADE, F.M.M.D. **O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal**. 2009. 56f. Tese de Mestrado em Educação: Área de Especialização em Educação para a Saúde. Universidade do Minho Instituto de Educação e Psicologia, 2009.

ARAÚJO ALVES, D. De et al. Cuidador de criança com câncer: religiosidade e espiritualidade como mecanismos de enfrentamento. **Revista CUIDARTE**, v. 7, n. 2, p. 1318, 2016.

ARAÚJO, C.L.O.; OLIVEIRA, J.F.; PEREIRA, J.M. Perfil de cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer. **Revista Kairós Gerontologia**, v.15, n.1, p.119-137, 2012.

- ARAÚJO, M. F. M. et al. O papel da religiosidade na promoção da saúde do idoso. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, p. 201–208, 2008.
- AZEREDO, Z. de A. S.; AFONSO, M. A. N. Solidão na perspectiva do idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 2, p. 313–324, 2016.
- BARBOSA, M. et al. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.27, n4, p.1185–1204, 2017.
- BARCELOS-FERREIRA, R; IZBICKI, R., STEFFENS, D.C; BOTTINO, C.M.C. Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. **International Psychogeriatrics**, v.22, n.5, p.712-726, 2010.
- BEHERE, P.B et al. Religion and mental health. **Indian Journal of Psychiatry**, v.55, suppl 2, p.S187–S194, 2013.
- BERTRAND, R. M. Caregiving and cognitive function in older women: evidence for healthy caregiver hypothesis. **Journal of Aging and Health**, v.24, n.1, p.48-66, 2012.
- BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano compaixão pela terra. Petrópolis (RJ): Vozes; 1999.
- BRANDÃO, V. Longevidade, empatia e esperança – novos rumos. **Revista Portal de Divulgação**, v.32, n.3, p.40-44, 2013.
- BRIGOLA, A.G et al. Perfil de saúde de cuidadores familiares de idosos e sua relação com variáveis do cuidado: um estudo no contexto rural. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.20, n.3, p.410-422, 2017.
- BRONDANI, C.M. et al. Cuidadores e estratégias no cuidado ao doente na internação domiciliar. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v.19, n.3, p. 504, 2010.
- BRYANT, A. N. Gender differences in spiritual development during the college

years. **Sex Roles**, v. 56, p. 835–846, 2007.

CALDEIRA, R. de B. et al. Variáveis associadas à satisfação com a vida em cuidadores idosos de parentes também idosos cronicamente doentes e dependentes. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 4, p. 502–515, 2017.

CAMARGOS, M.C.S; PERPÉTUO, I.H.O; MACHADO, C.J. Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.17, n.5/6, p.379-86, 2005.

CANEPPELE, M. C. G. de L. **Capacidade funcional e qualidade de vida de indivíduos idosos de Porto Alegre**. 2007. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.

CARVALHO, V.A.; BARBOSA, M.T.; CARAMELLI, P. Brazilian version of Addenbrooke's Cognitive Examination in the diagnosis of mild Alzheimer Disease. **Cognitive and Behavioral Neurology**, v.23, n.1, p.8-13, 2010.

CARVALHO, V.A.; CARAMELLI, P. Brazilian adaptation of the Addenbrooke's cognitive examination-revised (ACE-R). **Dementia e Neuropsychologia**, v.1, n.2, p.212-216, abr./jun. 2007.

CÉSAR, J.G et al. Addenbrookes's cognitive examination-revised: normative and accuracy data for sênior with heterogeneous educational level in Brazil. **International Psychogeriatrics**, v.29, n.8, p.1345- 1353, 2017.

CHAVES, E.C.L et al. Validação da escala de espiritualidade de pinto e pais-ribeiro em pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Revista de Enfermagem UFPE**, v.4, n.2, p.715-21, 2010.

CHAVES, É. de C. L. et al. Qualidade de vida, sintomas depressivos e religiosidade em idosos: um estudo transversal. **Texto Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 648–55, 2014.

CHAVES, L. J.; GIL, C. A. Concepções de idosos sobre espiritualidade

relacionada ao envelhecimento e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3641–3652, 2015.

CHEN, H et al. Religious participation as a predictor of mental health status and treatment outcomes in older persons. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v.22, n.2, p.144 -153, 2007.

CHEN, M.; CHEN, K.; CHU, T. Caregiver burden, health status and leaner resource fullness of older caregivens. **Western Journal of Nursing Research**, v.37, n.6, p.767-780, 2015.

CHURCHILL, S. A.; APPAU, S.; FARRELL, L. Religiosity, income and wellbeing in developing countries. **Empirical Economics**, v. 56, n. 3, p. 959–985, 2019.

COHEN, S et al. A global measure of perceived stress. **Journal of Health and Social Behavior**, v.24, n.4, p.385-96, 1983.

CRUZ, J.P et al. Religiosity and health-related quality of life: a crosssectional study on filipino christian hemodialysis patients. **Journal of Religion & Health**, v.55, n.3, p.895-908, 2016.

DALGALARRONDO, P. Religião, psicopatologia e saúde mental. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DE PAULA, E.S; NASCIMENTO, L.C; ROCHA, S.M.M. Religião e espiritualidade: experiência de famílias de crianças com Insuficiência Renal Crônica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.62, n.1, p.100-06, 2009.

DE VUGT, M. E. et al. Cognitive functioning in spousal caregivers of dementia patients: Findings from the prospective MAASBED study. **Age and Ageing**, v. 35, n. 2, p. 160–166, 2006.

DIAS, E. N. **Religiosidade e fatores associados: um estudo com residentes na cidade de Itajubá, Minas Gerais**. 2012. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2012.

DIAS, E. N.; PAIS-RIBEIRO, J. L. Propriedades Psicométricas da Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro: Estudo com pessoas idosas residentes na comunidade. **Revista Kairós - Gerontologia**, v. 20, n. 4, p. 91–110, 2017.

DIAS, E. N.; PAIS-RIBEIRO, J. L. Espiritualidade e qualidade de vida de pessoas idosas: um estudo relacional. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 19, n. 3, p. 591–604, 2018.

DIAS, V. F. et al. Dados sociodemográficos, condições de saúde e sinais de violência contra idosos longevos. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, v. 19, p. 186–192, 2019.

DIENER, E.; RYAN, K. Subjective Well-Being: A General Overview. **South African Journal of Psychology**, v. 39, n. 4, p. 391–406, 2009.

DUARTE, F. M.; WANDERLEY, K. da S. Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermaria geriátrica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 27, n. 1, p. 1–7, 2011.

ESPÍRITO SANTO, C. C. Do et al. Diálogos entre espiritualidade e enfermagem: uma revisão integrativa da literatura **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 372–378, 2013.

EZZATI, A. et al. Validation of the Perceived Stress Scale in a community sample of older adults. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, [s. l.], v. 29, n. 6, p. 645–652, 2014

FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, T. R. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.62, n.3, p.393-399, 2009.

FONSECA, E. C. R. **Avaliação da espiritualidade e religiosidade em pacientes adultos com diabetes mellitus tipo 1**. 2019. Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2019.

FORTI, S, SERBENA, C.A, SCADUTO, A. A.. Mensuração da

espiritualidade/religiosidade em saúde no brasil: Uma revisão sistemática. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.25, n.4, p.1463-147, 2020.

FORTUNA, T. de M. et al. Importância da espiritualidade para o cuidador familiar no enfrentamento do alzheimer. **Saúde.com**, v. 12, n. 3, 2016.

FREDMAN, L. et al. Mortality Associated with Caregiving, General Stress, and Caregiving-Related Stress in Elderly Women: Results of Caregiver-Study of Osteoporotic Fractures. **Journal of the American Geriatrics Society**, [s. l.], v. 58, n. 5, p. 937–943, 2010.

FUNG, A.W.T.; LAM, L.C.W. Spiritual Activity Is Associated With Better Cognitive Function in Old Age. **East Asian Arch Psychiatry**, v.23, n.3, p.102-7, 2013.

GAIOLI, C.C.L.O.; FUREGATO, A.R.F.; SANTOS, J.L.F. Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. **Texto e Contexto - Enfermagem**, v.21, n.1, p.150-7, 2012.

GARCES, S. B. B. et al. Resiliência entre mulheres idosas e sua associação com o bem- estar espiritual e o apoio social. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 22, n. 1, p. 9-30, 2017.

GAVASSO, W. C.; BELTRAME, V. Functional capacity and reported morbidities: a comparative analysis in the elderly. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 3, p. 398–408, 2017

GOLDSTEIN, L. L.; NERI, A. L.. Tudo bem, graças a Deus: Religiosidade e satisfação na maturidade. In A. L. Neri (Org.). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas, SP: Papyrus, 2000, p.109-136.

GOLDSTEIN, L. L.; SOMMERHALDER, C. Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e velhice. In FREITAS, E.; PY, L. (orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.950- 955.

- GONÇALVES, T. R. et al. Avaliação de apoio social em estudos Brasileiros: Spectos conceituais e instrumentos. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1755–1769, 2011.
- GRATÃO, A.C.M. et al. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.47, n.1, p.137-44, 2013.
- GRATÃO, A.C.M. **Sobrecarga vivenciada por cuidadores de idosos na comunidade**. 2010. 161f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.
- GUIMARÃES HP, AVEZUM Á. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 1, p. 88-94, 2007.
- GUTZ, L.; CAMARGO, B. V. Espiritualidade entre idosos mais velhos: um estudo de representações sociais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 4, p. 793–804, 2013.
- HARTFORD INSTITUTE FOR GERIATRIC NURSING. **Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL)**. New York; 2005. Disponível em: <http://hartfording.org>. Acesso em 17/12/2019.
- HARVEY, I. S. Assessing self-management and spirituality practices among older women. **American Journal of Health Behavior**, v. 32, n. 2, p. 157, 2008.
- HELLWIG, N.; MUNHOZ, T. N.; TOMASI, E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 21, n. 11, p. 3575–3584, 2016.
- HOSSEINI, S.; CHAURASIA, A.; OREMUS, M. The Effect of Religion and Spirituality on Cognitive Function: A Systematic Review. **The Gerontologist**, v. 59, n. 2, p. e76–e85, 2019.
- HULLEY, S.B.; CUMMINGS, S.R. **Designing Clinical Research**, Baltimore: Williams & Wilkins, 1988, p.219.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico**. 2010. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf> Acesso em: 05/01/2020.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico**. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-carlos/panorama>. Acesso em: 02/07/2019.

INOUE, T. M.; VECINA, M. V. A. Espiritualidade e/ou religiosidade e saúde: uma revisão de literatura. **Journal of the Health Sciences Institute**, v. 35, n. 2, p. 127–30, 2017.

KAMADA, M. et al. O papel da espiritualidade no enfrentamento da doença de Alzheimer. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 17, n. 1, p. 21–24, 2019.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **Jama**, v.185, p.914-919, 1963.

KAUFMAN, Y. et al. Cognitive decline in Alzheimer disease: Impact of spirituality, religiosity, and QOL. **Neurology**, v. 68, n. 18, p. 1509–1514, 2007.

KOBAYASI, D. Y. et al. Sobrecarga, rede de apoio social e estresse emocional do cuidador do idoso. **Avances en Enfermería**, v. 37, n. 2, p. 140–148, 2019.

KOENIG, H. G. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 34, p. 5–7, 2007.

KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. **ISRN psychiatry**, p. 33, 2012.

KOENIG H.G; MCCULLOUGH M.E; LARSON D.B. **Handbook of Religion and Health**. New York: Oxford University Press; 712, 2001.

KOENIG, H. G.; MEADOR, K.; PARKERSON, G. Religion index for psychiatric research: a 5-item measure for use in health outcome studies. **American Journal of Psychiatry**, v. 154, p. 885-886, 1997.

KOENIG, H.G. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. **ISRN Psychiatry**, 2012.

KOENIG, H.G. Concerns about measuring "spirituality" in research. **J Nerv Ment Dis.**, v.196, n.5, p.349-55, 2008.

LAGO-RIZZARDI, C. D. Do et al. Espiritualidade e religiosidade no enfrentamento da dor. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 4, p. 483–487, 2010.

LAVRETSKY, H. Spirituality and aging. **Aging Health**, v. 6, n. 6, 2010.

LEITE, I. S.; SEMINOTTI, E. P. The Influence of Spirituality on Clinical Practice in Mental Health: A Systematic Review. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde** v. 17, n. 2, p. 189–196, 2013.

LINO, V. T. S. et al. Prevalência de sobrecarga e respectivos fatores associados em cuidadores de idosos dependentes, em uma região pobre do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 6, 2016.

LINS, A. E. dos 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. 330–341, 2018.

LUCCHETTI, G. et al. O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 1, p. 159–167, 2011.

LUCCHETTI, G et al. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. **BMC Medical Education**, v.12, n.78, 2012.

LUCHESE, B.M et al. Factors associated with attitudes toward the elderly in a sample of elderly caregivers. **International Psychogeriatrics**, v.28, issue 12,

p.2079-2089, 2016.

LUCHESE, B. M. et al. Suporte social e contato intergeracional: estudando idosos com alterações cognitivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.17, n.3, 2015.

LUFT, C.D.B et al. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.4, p.606-615, 2007.

LUZARDO, A.R.; GORINI, M.I.P.C.; SILVA, A.P.S.S. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Texto e Contexto - Enfermagem**, v.15, n.4, p.587-94, 2006.

MARQUES, A. K. M. C. et al. Apoio social na experiência do familiar cuidador. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. SUPPL. 1, p. 945–955, 2011.

MARQUES, L. F.; AGUIAR, A. P. A. Instrumentos de mensuração da religiosidade/ espiritualidade (R/E) e seus construtos. **Revista Pistis & Praxis: Teologia e Pastoral**, v. 6, n. 1, p. 107–126, 2014. a.

MATHURANATH, P. S. et al. A brief cognitive test battery to differentiate Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. **Neurology**, v.55, n.11, p.1613–1620, 2000.

MELO, G. A experiência vivida de homens (cônjuges) que cuidam de mulheres com demência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 8, n. 1, p. 9-20, 2009.

MENDONÇA NETTO, S.; MOREIRA-ALMEIDA, A . Metodologia de pesquisa para estudos em espiritualidade e saúde. In: Santos, Franklin Santana (org.). **Arte de Cuidar: Saúde, Espiritualidade e Educação**. Bragança Paulista – SP: Comenius, 2010, p.182-196.

MONICO, G. S.; FONSECA, L. C. Espiritualidade / religiosidade do paciente

com alzheimer e de seu cuidador : relações e fatores. **Anais do V Encontro de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação**, 2015.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke - DUREL. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, n. 1, p. 31-32, 2008.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: Resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 37, n. 1, p. 18–25, 2010.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H. G.; LUCCHETTI, G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 36, n. 2, p. 176–182, 2014.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 3, p. 242–250, 2006.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LUCCHETTI, G. Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. **Ciência e Cultura**, v. 68, n. 1, p. 54–57, 2016.

NARDI, E.F.R.; OLIVEIRA, M.L.F. Significado de Cuidar de Idosos Dependentes. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.8, n.3, p.428-435, 2009.

NEGREIROS, T.C.G.M Espiritualidade: desejo de eternidade ou sinal de maturidade? **Revista Mal-estar e Subjetividade**, v. 3, n. 2, p. 275 – 291, 2003.

NEGRINI, E. L. D. et al. Elderly persons who live alone in Brazil and their lifestyle. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 5, p. 523–531, 2018.

NERI, A. L. **Palavras-chave em gerontologia**. 3. ed. Campinas: Alínea, 2008. 214 p.

NERY, B. L. S. et al. Vulnerabilidades, depressão e religiosidade em idosos

internados em uma unidade de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, p. e20170184, 2018.

NUNES, M. G. S. et al. Idosos longevos: avaliação da qualidade de vida no domínio da espiritualidade, da religiosidade e de crenças pessoais. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 115, p. 1102–1115, 2017.

OLIVEIRA, M. R. De; JUNGES, J. R. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: A visão de psicólogos. **Estudos de Psicologia**, v. 17, n. 3, p. 469–476, 2012.

OLIVEIRA, R. M. De; ALVES, V. P. A qualidade de vida dos idosos a partir da influência da religiosidade e da espiritualidade: cuidados prestados aos idosos institucionalizados em Caetité (BA). **Revista Kairós Gerontologia**, v. 17, n. 3, p. 305–327, 2014.

PALMER KELLY, E. et al. Understanding the Type of Support Offered Within the Caregiver, Family, and Spiritual/Religious Contexts of Cancer Patients. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 58, n. 1, p. 56–64, 2019.

PANZINI, R.G et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Revista Psiquiatria Clínica.**, v.34, supl.1, p.105-115, 2007.

PAVARINI, S. C. I. et al. Elderly caregivers living in urban, rural and high social vulnerability contexts. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 51, 2017.

PENHA, R. M.; SILVA, M. J. P. Da. Significado de espiritualidade para a enfermagem em cuidados intensivos. **Texto e Contexto - Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 260–268, 2012.

PEREIRA, A. et al. Inteligência espiritual e saúde mental e física em idosos. **Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social**, v. 2, n. 1, p. 38–52, 2016.

- PERUCCHI, J.L. Perfil dos cuidadores de idosos com deficit de autocuidado residentes no sul de Santa Catarina. **Revista Inova Saúde**, v.2, n.1, p.19-32, 2013.
- PILGER, C. et al. Bem estar espiritual e qualidade de vida de idosos em tratamento hemodialítico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 4, p. 721–729, 2017.
- PIMENTA, G.M.F et al. Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande região do Porto, Portugal. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.43, n.3, p.609-14, 2009.
- PINQUART, M; SÖRENSEN, S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta analysis. **Psychology and Aging**, v.18, n.2, p.250-267, 2003.
- PINTO, C.; PAIS-RIBEIRO, J.L. Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. **Arquivos de Medicina**, v.21, n.2, p.47-53, 2007.
- PINTO, J. L. G. et al. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.753-764, 2006.
- PINTO, M.F et al. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.22, n.5, p.652-7, 2009.
- REIS, L. A. Dos; MENEZES, T. M. de O. Religiosidade e espiritualidade nas estratégias de resiliência do idoso longevo no cotidiano. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 4, p. 761-766, 2017.
- ROCHA, A. C. A. L. Da; CIOSAK, S. I. Doença Crônica no Idoso: Espiritualidade e Enfrentamento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 2, p. 92–98, 2014.
- ROCHA, B.M.P.; PACHECO, J.E.P. Idoso em situação de dependência:

estresse e coping do cuidador informal. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.26, n.1, p.50-56, 2013.

ROCHA, M.P.F.; VIEIRA, M.; SENA, R.R. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.61, n.6, p.801-8, 2008.

ROCHA, N.S.; FLECK, M.P.A. Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/ crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.38, n.1, p.19-23, 2011.

ROCHA, R. C. N. P. et al. Necessidades espirituais vivenciadas pelo cuidador familiar de paciente em atenção paliativa oncológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 2635–2642, 2018.

RODRIGUES, J. S. M; FERREIRA, N. M. L. A; CALIRI, M. H. L. Caracterização do apoio social percebido pela família do doente adulto com câncer. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v.46, n.3, p.289–296, 2013.

RODRIGUES, L. R. et al. Espiritualidade e religiosidade relacionadas aos dados sociodemográficos de idosos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 18, n. 4, p. 429, 2017.

SANTOS, A.A.; PAVARINI, S.C.I. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.31, n.1, p.115-22, 2010.

SANTOS, F. S. (org). **Arte de Cuidar: Saúde, Espiritualidade e Educação**. Bragança Paulista, SP; Editora Comenius, 2010.

SANTOS, N. C. Dos; ABDALA, G. A. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos em um município na Bahia, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 4, p. 795–805, 2014.

SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JUNIOR, J. S. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária. **RBPS**, v.21, n.4, p.290-296, 2008.

SANTOS-ORLANDI, A. A et al. Idosos cuidadores de idosos: fragilidade, solidão e sintomas depressivos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 88–96, 2019.

SANTOS-ORLANDI, A.A et al. Perfil de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. **Escola Anna Nery**, v.21, n.1, e2017.

SEBASTIÃO C.; ALBUQUERQUE, C. Envelhecimento e dependência. Estudo sobre os impactos da dependência de um membro idoso na família e no cuidador principal. **Revista Kairós: Gerontologia**, v.14, n.4. p.25-49, 2011.

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

SHERBOURNE, C.D; STEWART, A.L. The MOS social support survey. **Social Science & Medicine**, v.32, issue 6, p.705-714, 1991.

SILVA, M. C. M. Da. **Idosos cuidadores de um familiar idoso no domicílio: religiosidade/espiritualidade como suporte**. 2015. Dissertação (mestrado) Universidade Federal de Juiz De Fora, 2015.

SILVA, M. C. M.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; CASTRO, E. A. B. De. Elderly caring for the elderly: spirituality as tensions relief. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 5, p. 2461–2468, 2018.

SILVA, J. P. C. **Idosos que cuidam de idosos: A espiritualidade e a satisfação com a vida aliada aos cuidados informais a idosos**. 2018. Instituto Politécnico de Portalegre, 2018.

SILVEIRA, C. M. L. **Influência da espiritualidade na qualidade de vida e na capacidade funcional de idosos institucionalizados e não**

institucionalizados. 2017. Universidade Católica de Brasília, 2017.

SKRZYPIŃSKA, K. The boundaries of woman's spirituality in the beliefs–spirituality–religiousness (B–S–R) model: a third perspective - beliefs as a cognitive basis. **Journal of Religion and Health**, v. 56, n. 5, p. 1583–1599, 2017.

SOARES, A. de S. F.; AMORIM, M. I. S. P. L. Qualidade de vida e espiritualidade em pessoas idosas institucionalizadas. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. SPE2, p. 45–51, 2015.

SOMMERHALDER, C.; NERI, A. L. Avaliação subjetiva da tarefa de cuidar: ônus e benefícios percebidos por cuidadoras familiares de idosos de alta dependência. In: NERI, A. L. et al. **Cuidar de idoso no contexto da família: questões psicológicas e sociais**. Campinas: Alínea, 2006. p. 93-134.

SOUZA, É. N. **Fatores associados à esperança de idosos cuidadores de idosos**. 2016. Dissertação (mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de São Carlos, 2016.

SOUZA, É. N. et al. Relação entre a esperança e a espiritualidade de idosos cuidadores. **Texto e Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 3, p. e6780015, 2017.

STROPPIA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade e saúde. In: SALGADO, M.I.; FREIRE, G (orgs.). **Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina**. Belo Horizonte: Inede, 2008. P. 427-443.

TAUNAY, T.C.D. **Desenvolvimento e validação do índice de religiosidade intrínseca: correlações com saúde mental e qualidade de vida**. 2011. 95 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

TAUNAY, T.C et al. Desenvolvimento e validação do Inventário de Religiosidade Intrínseca (IRI). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.34, n.1, p.76-81, 2012.

- TEIXEIRA, J.J.V.; LEFEVRE, F. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, n.4, p.1247-1256, 2008.
- TRENTINI, M.C. et al. A percepção de qualidade de vida do idoso avaliada por si próprio e pelo cuidador. **Estudos de Psicologia**, v.11, n.2, p.191-197, 2006.
- TRENTINO, A.C.; DAMASCENO, E.P.; VIEIRA, L.M.L. Avaliação do nível de estresse e da qualidade de vida dos cuidadores de pacientes idosos internados no hospital de retaguarda. **Omnia Saúde**, v.6, n.1, p.14-26, 2009.
- THIENGO, P. C. D. S. et al. Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, 2019.
- TOMOMITSU, M. R. S. V.; PERRACINI, M. R.; NERI, A. L. Fatores associados à satisfação com a vida em idosos cuidadores e não cuidadores. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3429–3440, 2014.
- TOMOMITSU, M. R. S. V.; PERRACINI, M. R.; NERI, A. L. Influência de gênero, idade e renda sobre o bem-estar de idosos cuidadores e não cuidadores. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 4, p. 663–680, 2013.
- TONIOL, R. Espiritualidade que faz bem. Pesquisas, políticas públicas e práticas clínicas pela promoção da espiritualidade como saúde. **Sociedad y Religión**, v. 15, n. 43, p. 110–143, 2015.
- VAHIA, I. V. et al. Correlates of spirituality in older women. **Aging and Mental Health**, v. 15, n. 1, p. 97–102, 2011.
- VASCONCELOS, E.M. Espiritualidade na educação popular em saúde. **Cadernos Cedes**, Campinas, v. 29, n. 79, p. 323-334, 2009.
- VIEIRA, D. C. R.; AQUINO, T. A. A. De. Vitalidade subjetiva, sentido na vida e religiosidade em idosos: um estudo correlacional. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 2, p. 483–494, 2016.

VITORINO, L. M. et al. Spiritual/religious coping and depressive symptoms in informal caregivers of hospitalized older adults. **Geriatric Nursing**, v. 39, n. 1, p. 48–53, 2018.

VITORINO, L. M.; VIANNA, L. A. C. Coping religioso/espiritual de idosos institucionalizados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 136–142, 2012.

WILKS, S. E. et al. Examining spiritual support among African American and Caucasian Alzheimer’s caregivers: A risk and resilience study. **Geriatric Nursing**, v. 39, n. 6, p. 663–668, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Department of Mental Health. WHOQOL and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB). **Social Change and Mental Health Cluster**. 162 p. Geneva, 1998. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_MSA_MHP_98.2_eng.pdf Acesso em: 05/01/2020.

YAMASHITA, C. H. et al. Associação entre o apoio social e o perfil de cuidadores familiares de pacientes com incapacidades e dependência. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 6, p. 1359–66, 2013.

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.

ZANINI, D. S.; PEIXOTO, E. M.; NAKANO, T. C. Escala de apoio social (MOS-SSS): proposta de normatização com referência nos itens. **Temas em Psicologia**, v. 26, n. 1, p. 387–399, 2018.

ZIMMER, Z. et al. Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review. **SSM - Population Health**, v. 2, p. 373–381, 2016.

9 APÊNDICES

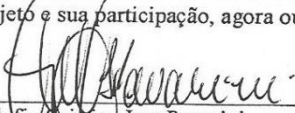
APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) Senhor (a) está convidado para participar de forma totalmente voluntária da pesquisa Acompanhamento de idosos cuidadores na atenção básica, cujo o pesquisador responsável é a Profa. Sofia Cristina Iost Pavarini, do Departamento de Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos.

Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder perguntas desses instrumentos, é muito importante que o (a) senhor (a) compreenda as informações e instruções contidas nesse documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que o (a) senhor (a) decida participar. O (a) Senhor (a) tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

1. O objetivo desta pesquisa é analisar a relação da cognição e as variáveis associadas de idosos cuidadores cadastrados nas Unidades de Saúde da Família de São Carlos.
2. O (a) Senhor (a) foi selecionado por ser usuário de uma Unidade da Saúde da Família do município, ter mais de 60 anos e morar com uma pessoa idosa. Sua participação nesta pesquisa consistirá de responder algumas perguntas com relação a sua idade, escolaridade, quem cuida, quais as atividades que realiza, qual sua percepção sobre sua saúde, se toma medicamentos, seu estado de humor, sua cognição (memória), sobrecarga, fragilidade, funcionalidade, dor, e relações familiares. Além disso, deverá apertar o aparelho manual para medirmos a sua força e andar alguns metros para avaliarmos a sua marcha e também apertar um botão quando ouvir um som diferetens em um aparelho que irá medir o tempo em que seu cérebro processa a informação.
3. Ao responder as perguntas os participantes poderão sentir cansaço ou desconforto pelo tempo gasto com os instrumentos de avaliação ou relembrar algumas sensações diate das perguntas. Se isto ocorrer, o (a) Senhor (a) poderá interromper a entrevista e retirar o seu consentimento ou retomar em outro momento assim o desejar. A qualquer momento o (a) Senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instiuição.
4. Os benefícios para os integrantes da pesquisa são indiretos pois ajudarão a entender a situação do cuidado ao idoso pelo familiar cuidador que também é idoso. Também poderemos identificar alguns sintomas como alteração de memória ou sinais de depressão, que, caso isso ocorra, o (a) senhor (a) será imediatamnete encaminhado a equipe da Saúde da Família para avaliação mais aprofundada de sua saúde.
5. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.
6. Não haverá qualquer despesa decorrente da participação do (a) senhor (a) na pesquisa.
7. Diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, o (a) senhor (a) será encaminhado e atendido pelo serviço de saúde do município.
8. Você receberá um cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.


 Sofia Cristina Iost Pavarini
 Rua Paraguai, 642, Nova Estancia- São Carlos- SP
 16 - 3306 6661

Declaro que entendi os objetivos, risco 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 Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 – Caixa Postal 676 – CEP 13.564-905 – São Carlos – SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, _____ de _____ de 2016.

 Sujeito de pesquisa

APÊNDICE 2 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS IDOSOS CUIDADORES E NÃO CUIDADORES

Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	
Data de Nascimento: ____/____/____ (____ anos)	
Estado Civil: (1) Casado (a) ou vive com companheiro(a) (2) Solteiro (a) (3) Divorciado/ separado/ desquitado (4) Viúvo (99) NR	
Trabalha atualmente: (1) Sim O que faz? _____ (0) Não (99) NR	
Aposentado ou pensionista: (1) Sim (0) Não (99) NR	
Escolaridade: Número de anos de estudo: _____ anos _____ meses Obs: Marcar 0 (zero) para Analfabetos/Não estudou Deixar em branco para Não Respondeu	
Religião: (1) Católico (6) Protestante (2) Evangélico (7) Budista (3) Congregação Cristã (8) Umbanda (4) Adventista (9) Não possui (5) Espírita (10) outras _____ (99) NR	
Praticante: (1) Sim (0) Não (99) NR	
Se praticante: 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	
Renda do cuidador (em reais): _____ Renda familiar mensal (em reais): _____ Obs: Marcar 0 (zero) para sem renda Deixar em branco para Não Respondeu	
O/a senhor/a está satisfeito/a com a sua vida hoje? (1) Pouco (2) Mais ou menos (3) Muito	

APÊNDICE 3 - CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADO PRESTADO PELO CUIDADOR

<p>O Sr(a) está cuidando do seu(a): (1) Cônjuge</p> <p>(2) Pai/mãe</p> <p>(3) Sogro/sogra</p> <p>(4) Irmão/irmã</p> <p>(5) Outro (especificar): _____</p>				
<p>Há quanto tempo (anos) o Sr(a) é o cuidador do idoso(a)? _____</p> <p>Quantas horas por dia o Sr(a) se dedica ao cuidado do idoso(a)? _____ horas</p>				
<p>O Sr(a) recebe ajuda de algum familiar para cuidar do idoso(a):</p> <table><tr><td>(1) Sim, é suficiente</td><td>(2) Sim, não é suficiente</td><td>(0) Não recebe</td><td>(99) NR</td></tr></table> <p>Material/ financeira</p> <p>Afetiva/emocional</p> <p>Ajuda nas atividades de Vida Diária</p> <p>O Sr(a) recebe ajuda de outros lugares ou pessoas da comunidade?</p> <p>_____</p>	(1) Sim, é suficiente	(2) Sim, não é suficiente	(0) Não recebe	(99) NR
(1) Sim, é suficiente	(2) Sim, não é suficiente	(0) Não recebe	(99) NR	

ANEXO 1 – ESCALA DE INDEPENDÊNCIA EM ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA – KATZ

Resultado: _____/06 pontos		
	(1)	Muito dependente (2 ou menos pontos)
	(2)	Dependência moderada (4 pontos)
	(3)	Independente (6 pontos)

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral
Banhar-se Pontos: ____	(1 ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho
Vestir-se Pontos: ____	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido
Ir ao banheiro Pontos: ____	(1 ponto) Dirigi-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre
Transferência Pontos: ____	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira
Continência Pontos: ____	(1 ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar)	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga
Alimentação Pontos: ____	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral

ANEXO 2 – ESCALA DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA DE LAWTON E BRODY

Resultado: _____/21	
(1)	Dependência total (7 pontos)
(2)	Dependência parcial (entre 7 e 21 pontos)
(3)	Independência (21 pontos)

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

ANEXO 3 – ESCALA DE ESPIRITUALIDADE DE PINTO E PAIS-RIBEIRO (EPP-R)

As frases / expressões seguintes referem-se à sua espiritualidade / suas crenças pessoais, e ao modo como elas afetam a sua qualidade de vida. Por favor, marque com uma X aquela opção que melhor expressar a sua opção, na última semana. Não existe resposta certa ou errada.

QUESTÕES	Não Concordo	Concordo um Pouco	Concordo Bastante	Plenamente de Acordo
1. As minhas crenças espirituais/ religiosas dão sentido à minha vida;				
2. A minha fé e crenças me dão forças nos momentos difíceis;				
3. Vejo o futuro com esperança;				
4. Sinto que minha vida mudou para melhor				
5. Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida				

ANEXO 4 – ÍNDICE DE RELIGIOSIDADE DE DUKE – DUREL**(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?**

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

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

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

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

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

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

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

ANEXO 5 – EXAME COGNITIVO DE ADDENBROOKE – REVISADO (ACE-R)

ORIENTAÇÃO							A T E N Ç Ã O E O R I E N T A Ç Ã O
➤ Perguntar: Qual é	Dia da semana	O dia do mês	O mês	O ano	A hora aproximada	[Escore 0-5] <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
➤ Perguntar: Qual é	Local específico	Local genérico	Bairro ou rua próxima	Cidade	Estado	[Escore 0-5] <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
REGISTRO							
➤ Diga: "Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir: carro, vaso, tijolo "(Dar um ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros). Use palavras não relacionadas. Registre o número de tentativas:						[Escore 0-3] <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
ATENÇÃO & CONCENTRAÇÃO							
➤ Subtração de setes seriadamente (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). Considere um ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinando espontaneamente se corrigir. Pare após 5 subtrações (93, 86, 79, 72, 65):						[Escore 0-5] <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
MEMÓRIA - Recordação							
➤ Pergunte quais as palavras que o indivíduo acabara de repetir. Dar um ponto para cada. 						[Escore 0-3] <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
MEMÓRIA - Memória anterógrada							
➤ Diga: " Eu vou lhe dar um nome e um endereço e eu gostaria que você repetisse depois de mim. Nós vamos fazer isso três vezes, assim você terá a possibilidade de aprendê-los. Eu vou lhe perguntar mais tarde." Pontuar apenas a terceira tentativa:						[Escore 0-7] <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	
	1ª Tentativa	2ª Tentativa	3ª Tentativa				
Renato Moreira	.....	.....	.....	
Rua Bela Vista 73	.....	.....	.....	
Santarém	.....	.....	.....	
Pará	.....	.....	.....	
MEMÓRIA - Memória Retrógrada							
➤ Nome do atual presidente da República..... ➤ Nome do presidente que construiu Brasília..... ➤ Nome do presidente dos EUA..... ➤ Nome do presidente dos EUA que foi assassinado nos anos 60.....						[Escore 0-4] <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	

FLUÊNCIA VERBAL – Letra “P” e Animais➤ **Letras**

[Escore 0-7]

Diga: “ Eu vou lhe dizer uma letra do alfabeto e eu gostaria que você dissesse o maior número de palavras que puder começando com a letra, mas não diga nomes de pessoas ou lugares. Você está pronto(a) ? Você tem um minuto e a letra é “P”.

0-15 seg	16-30 seg	31-45 seg	46-60 seg
----------	-----------	-----------	-----------

>17	7
14-17	6
11-13	5
8-10	4
6-7	3
4-5	2
2-3	1
<2	0
total	acertos

➤ **Animais**

[Escore 0-7]

Diga: “Agora você poderia dizer o maior número de animais que conseguir, começando com qualquer letra?”

0-15 seg	16-30 seg	31-45 seg	46-60 seg
----------	-----------	-----------	-----------

>21	7
17-21	6
14-16	5
11-13	4
9-10	3
7-8	2
5-6	1
<5	0
total	acertos

LINGUAGEM - Compreensão

- Mostrar a instrução escrita e pedir ao indivíduo para fazer o que está sendo mandado (não auxilie se ele pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando):

[Escore 0-1]

Feche os olhos

➤ **Comando :**

“ Pegue este papel com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque -o no chão.”

Dar um ponto para cada acerto. Se o indivíduo pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.

[Escore 0-3]

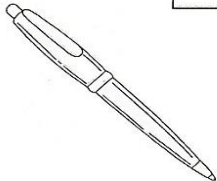
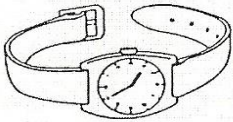
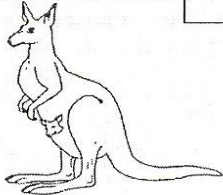
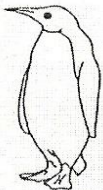
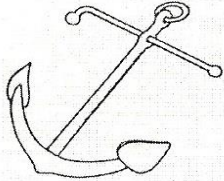
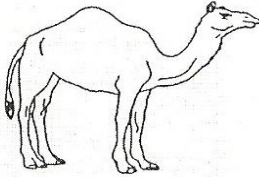
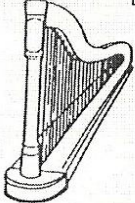
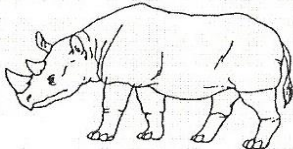

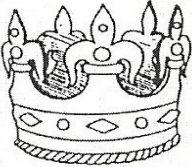
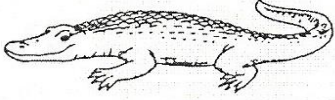
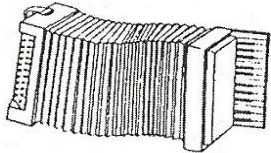
LINGUAGEM - Escrita

- Peça ao indivíduo para escrever uma frase: Se não compreender o significado, ajude com: *alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer.* Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos. Dar um ponto.

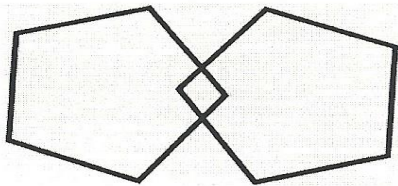
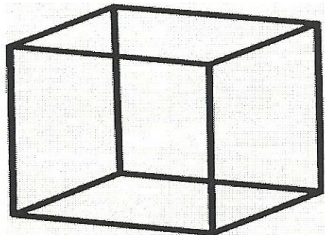
[Escore 0-1]

L I N G U A G E M

LINGUAGEM - Repetição		
> Peça ao indivíduo para repetir: “hipopótamo”; “excentricidade”; “ininteligível”; “estatístico”. Diga uma palavra por vez e peça ao indivíduo para repetir imediatamente depois de você. Pontue 2, se todas forem corretas; 1, se 3 forem corretas; 0, se 2 ou menos forem corretas.	[Escore 0-2] <input type="text"/>	
> Peça ao indivíduo que repita: “Acima, além e abaixo”	[Escore 0-1] <input type="text"/>	
> Peça ao indivíduo que repita: “Nem aqui, nem ali, nem lá”	[Escore 0-1] <input type="text"/>	

LINGUAGEM - Nomeação				
> Peça ao indivíduo para nomear as figuras a seguir:	[Escore 0-2] caneta + relógio <input type="text"/>	M E G A U G N I L		
				
				[Escore 0-10] <input type="text"/>
				
				

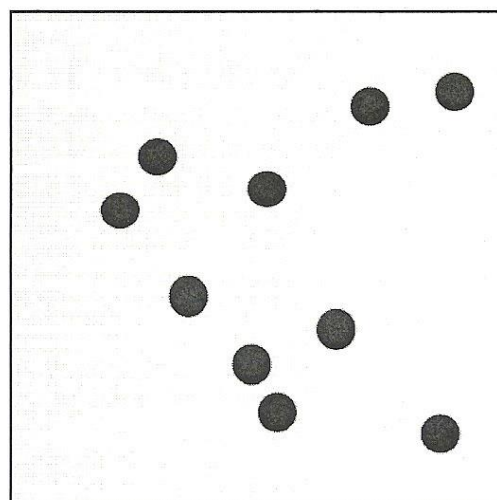
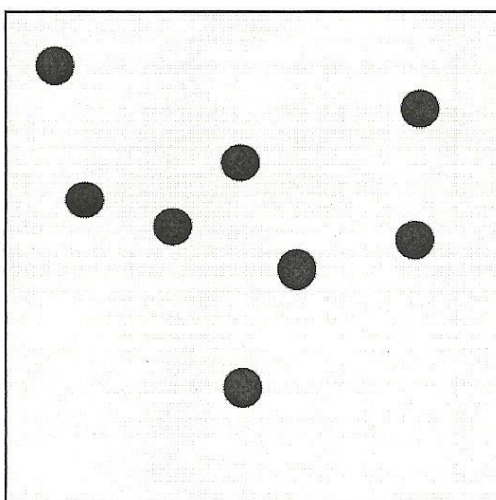
LINGUAGEM - Compreensão		
> Utilizando as figuras acima, peça ao indivíduo para:	[Escore 0-4] <input type="text"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • Apontar para aquela que está associada com a monarquia _____ • Apontar para aquela que é encontrada no Pantanal _____ • Apontar para aquela que é encontrada na Antártica _____ • Apontar para aquela que tem uma relação náutica _____ 		

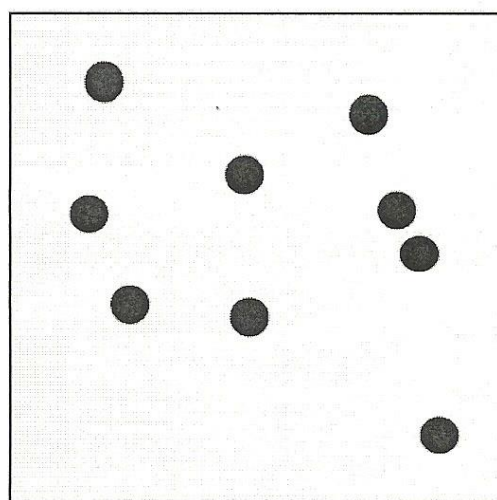
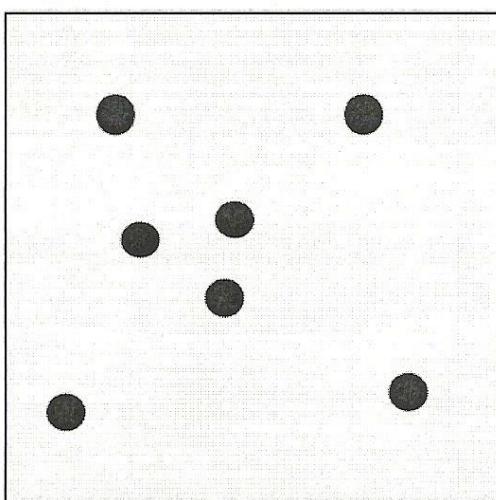
LINGUAGEM - Leitura			
<p>➤ Peça ao indivíduo para ler as seguintes palavras: [Pontuar com 1, se todas estiverem corretas]</p> <p style="text-align: center;">táxi testa saxofone fixar ballet</p>	[Escore 0-1] <input type="text"/>		L I N G U A G E M
HABILIDADES VISUAIS - ESPACIAIS			
<p>➤ Pentágonos sobrepostos: Peça ao indivíduo para copiar o desenho e para fazer o melhor possível.</p>	[Escore 0-1] <input type="text"/> <input type="text"/>		V I S U A L - E S P A C I A L
			
<p>➤ Cubo: Peça ao indivíduo para copiar este desenho (para pontuar, veja guia de instruções)</p>	[Escore 0-2] <input type="text"/>		
			
<p>➤ Relógio: Peça ao indivíduo para desenhar o mostrador de um relógio com os números dentro e os ponteiros marcando 5:10 h. (para pontuar veja o manual de instruções: círculo = 1; números = 2; ponteiros = 2, se todos corretos)</p>	[Escore 0-5] <input type="text"/>		

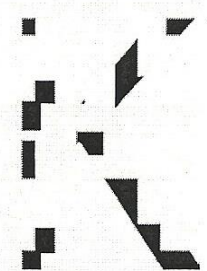
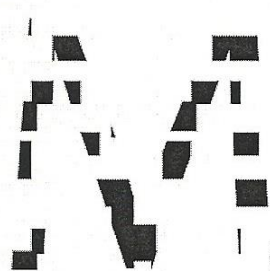
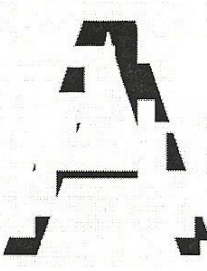
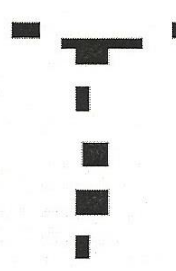
HABILIDADES PERCEPTIVAS

> Peça ao indivíduo para contar os pontos sem apontá-los.

[Escore 0-4]





HABILIDADES PERCEPTIVAS		[Escore 0-4]	V I S U A L - E S P A C I A L
➤ Peça ao indivíduo para identificar as letras:		<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

RECORDAÇÃO & RECONHECIMENTO			M E M Ó R I A
➤ Peça "Agora você vai me dizer o que você se lembra daquele nome e endereço que nós repetimos no começo".			
Renato Moreira Rua Bela Vista 73 Santarém Pará	..... ..... ..... .....	[Escore 0-7] <input type="text"/>	
➤ Este teste deve ser realizado caso o indivíduo não consiga se recordar de um ou mais itens. Se todos os itens forem recordados, salte este teste e pontue 5. Se apenas parte for recordada, assinale os itens lembrados na coluna sombreada do lado direito. A seguir, teste os itens que não foram recordados dizendo "Bom, eu vou lhe dar algumas dicas: O nome / endereço era X, Y ou Z?" e assim por diante. Cada item reconhecido vale um ponto que é adicionado aos pontos obtidos pela recordação.		[Escore 0-5] <input type="text"/>	
Ricardo Moreira	Renato Moreira	Renato Nogueira	Recordação
Bela Vida	Boa Vista	Bela Vista	Recordação
37	73	76	Recordação
Santana	Santarém	Belém	Recordação
Pará	Ceará	Paraíba	Recordação

Escore		M E E M	/30	E S C O R E S
Escore					ACE-R	/100
Subtotais				
		Atenção e Orientação	/18	
		Memória	/26	
		Fluência	/14	
		Linguagem	/26	
		Visual-espacial	/16	

ANEXO 6 – ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO (PSS)

As questões nesta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada caso, será pedido para você indicar o quão frequentemente você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam similares, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável.

Neste último mês, com que frequência...

		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
Pontuação		0	1	2	3	4
1	Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?					
2	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?					
3	Você tem se sentido nervoso e “estressado”?					
4	Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?					
5	Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?					
6	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?					
7	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?					
8	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?					
9	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?					
10	Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?					
11	Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?					
12	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?					
13	Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?					
14	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?					

ANEXO 7 – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GDS-15)

Resultado: _____/15		
	(1)	Sintomas depressivos severos (11 a 15)
	(2)	Sintomas depressivos leves (6 a 10)
	(3)	Ausência de sintomas depressivos (0 a 5)

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

ANEXO 8 – ESCALA DE APOIO SOCIAL DO MEDICAL OUTCOMES STUDY (MOS)

1. Aproximadamente, quantos amigos íntimos ou familiares próximos têm? (pessoas com as quais está à vontade e pode falar de tudo o que quiser) Escreva o número de amigos íntimos e familiares próximos: _____

A gente procura outras pessoas para ter companhia, assistência ou outro tipo de ajuda. Com que frequência dispõe de cada um dos seguintes apoios quando precisa? Assinale com um círculo um dos números de cada fila:

	Nunca	Rara-mente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
2. Alguém que o (a) ajude se estiver doente, de cama.	1	2	3	4	5
3. Alguém para lhe ouvir quando você precisar falar.	1	2	3	4	5
4. Alguém para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise.	1	2	3	4	5
5. Alguém para te levar ao médico.	1	2	3	4	5
6. Alguém que demonstre afeto e amor por você.	1	2	3	4	5
7. Alguém para se divertir junto.	1	2	3	4	5
8. Alguém para dar uma informação que o (a) ajude a compreender determinada situação.	1	2	3	4	5
9. Alguém em quem confiar para falar de você ou sobre seus problemas.	1	2	3	4	5
10. Alguém que lhe dê m abraço.	1	2	3	4	5
11. Alguém com quem relaxar.	1	2	3	4	5
12. Alguém para preparar suas refeições se você não puder fazer-las	1	2	3	4	5
13. Alguém de quem você realmente quer conselhos.	1	2	3	4	5
14. Alguém com quem distrair a cabeça.	1	2	3	4	5
15. Alguém para ajuda-lo (a) nas atividades diárias se você ficar doente.	1	2	3	4	5
16. Alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos.	1	2	3	4	5
17. Alguém para lhe dar sugestões de como lidar com um problema pessoal.	1	2	3	4	5
18. Alguém com que fazer coisas agradáveis.	1	2	3	4	5
19. Alguém que compreenda seus problemas.	1	2	3	4	5
20. Alguém que você ame e que o (a) faça se sentir querido (a).	1	2	3	4	5

ANEXO 9 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Idosos cuidadores e o contexto do cuidado: estudo de coorte retrospectivo

Pesquisador: Sofia Cristina Iost Pavarini

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80458017.7.0000.5504

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.467.497

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo, com abordagem quantitativa. Para seu desenvolvimento, serão utilizados dados referentes a duas bases de dados do Grupo de Saúde e Envelhecimento – 2014 e 2017. As bases de dados são constituídas por informações de aproximadamente 85 idosos cuidadores de idosos, os quais foram entrevistados em 2014 e 2017 mediante aplicação dos seguintes instrumentos:

1. questionário de caracterização sociodemográfica, caracterização do cuidado e avaliação da saúde do cuidador
2. The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R)
3. Fragilidade
4. Escala de Independência em atividade de vida diária (Katz)
5. Avaliação das atividades instrumentais de vida diária (Lawton)
6. Inventário de Sobrecarga de Zarit
7. Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)
8. Escala Multidimensional de Avaliação da Dor (EMADOR)

Objetivo da Pesquisa:

- Analisar e comparar o curso clínico das variáveis desempenho cognitivo, funcionalidade, sobrecarga, estresse, fragilidade, dor e sintomas depressivos em idosos cuidadores no decorrer de

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 2.467.497

três anos,

- Analisar as associações entre o contexto de cuidado e possíveis variáveis preditoras de riscos para a saúde de idosos cuidadores da atenção básica em duas medidas com intervalo de três anos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos são relacionados à possibilidade de as informações contidas nas avaliações não ficarem sob sigilo, no entanto, os bancos de dados não estão identificados pelo nome dos participantes e sim por códigos. Os instrumentos de coleta de dados não serão manipulados novamente. Além disso, todos os pesquisadores que irão manipular os dados foram os mesmos que avaliaram os participantes nas duas pesquisas que originaram estes resultados e são pesquisadores éticos e responsáveis pelo não vazamento dos nomes dos participantes.

Benefícios:

Os benefícios para os integrantes da pesquisa são indiretos pois ajudarão a entender a situação do cuidado ao idoso pelo familiar cuidador que também é idoso.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Temática com relevância acadêmica e social. Método atende aos objetivos da pesquisa. Cronograma exequível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos obrigatórios: formulário com informações sobre o projeto da Plataforma Brasil; projeto detalhado com o cronograma; folha de rosto assinada pela pesquisadora e diretora do centro e justificativa para dispensa do TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
 UF: SP Município: SAO CARLOS
 Telefone: (16)3351-6683 E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 2.467.497

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_968195.pdf	16/11/2017 11:33:13		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Justificativa.docx	16/11/2017 11:32:38	Ana Carolina Ottaviani	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_idosos_cuidadores_e_o_texto_do_cuidado_estudo_de_coorte_respectivo.docx	10/08/2017 14:40:43	Ana Carolina Ottaviani	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	10/08/2017 14:38:41	Ana Carolina Ottaviani	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 16 de Janeiro de 2018

Assinado por:
Ricardo Carneiro Borra
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
 UF: SP Município: SAO CARLOS
 Telefone: (16)3351-9683 E-mail: cephumanos@ufscar.br