

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

DANIELE CRISTINA BARBOSA

RELAÇÃO ENTRE APOIO SOCIAL E SONO DE
IDOSOS CUIDADORES

SÃO CARLOS - SP

2021

DANIELE CRISTINA BARBOSA

RELAÇÃO ENTRE APOIO SOCIAL E SONO DE IDOSOS CUIDADORES

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

Orientadora: Profa. Dra. Ariene Angelini dos Santos Orlandi

Coorientadora: Profa. Ma. Élen dos Santos Alves

São Carlos - SP

2021

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais

Pedrinho e Helena

RESUMO

A falta de apoio social na velhice pode intensificar problemas de saúde, inclusive os relacionados ao sono. No contexto de cuidado, tanto a escassez de apoio social quanto os problemas de sono entre os cuidadores podem interferir na qualidade do cuidado oferecido e impactar negativamente na qualidade de vida e bem-estar dos envolvidos. Sendo assim, mediante a identificação precoce dessas condições, intervenções podem ser planejadas no sentido de reduzir os gastos com os serviços de saúde e melhorar a qualidade de vida desses indivíduos. **Objetivo:** analisar a relação entre apoio social e sono de idosos que cuidam de outros idosos. **Método:** estudo observacional, transversal, baseado no método quantitativo de investigação. Foi realizado em um município do interior paulista. Trata-se de um recorte de um estudo maior, do qual participaram 65 idosos cuidadores de outros idosos, cadastrados em Unidades de Saúde da Família. As entrevistas foram realizadas no domicílio dos participantes entre julho de 2019 e março de 2020, por pesquisadores previamente treinados, mediante os seguintes instrumentos: questionário para caracterização do idoso cuidador e do contexto de cuidado; Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI); Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study. As diferenças entre os grupos foram estimadas utilizando-se os testes Qui-quadrado de Pearson, Exato de Fisher e Mann-Whitney. O teste de correlação de Spearman também foi utilizado. O nível de significância para os testes estatísticos foi de $p\text{-valor} \leq 0,05$. **Resultados:** Houve predominância de idosos cuidadores do sexo feminino (56,9%), cônjuges do idoso receptor de cuidado (89,3%), com média de idade de $69,1 \pm 6,4$ anos. Em relação ao apoio social, verificou-se que o maior escore foi obtido na dimensão afetiva e o menor escore, na dimensão interação social positiva. A média de membros da rede dos idosos cuidadores foi de $9,7 \pm 13,2$ pessoas. Quanto ao sono, 50,8% dos idosos cuidadores possuíam qualidade de sono ruim. A pontuação média obtida no PSQI foi de $7,4 \pm 4,1$. Observou-se correlação inversa e de fraca magnitude entre qualidade do sono e a dimensão “interação social positiva” ($Rho = -0,27$; $p = 0,028$). Além disso, resultados estatisticamente significativos foram identificados entre: apoio material e disfunção diurna ($p = 0,034$); apoio afetivo e eficiência do sono ($p = 0,026$); interação social positiva e qualidade subjetiva do sono ($p = 0,001$) e disfunção diurna ($p = 0,008$). **Conclusão:** Quanto maior a pontuação obtida na dimensão “interação social positiva”, menor a pontuação no instrumento que avalia a qualidade do sono e vice-versa. No geral, aspectos positivos em relação às características do sono estão atrelados a maiores escores de apoio social na presente investigação.

Palavras-chave: Cuidadores. Idoso. Apoio Social. Sono. Vulnerabilidade Social. Enfermagem Geriátrica.

ABSTRACT

The lack of social support in old age can intensify health problems, including those related to sleep. In the context of care, both the lack of social support and sleep problems among caregivers can interfere with the quality of care provided and negatively impact the quality of life and well-being of those involved. Therefore, through the early identification of these situations, interventions can be planned in order to reduce expenses with health services and improve the quality of life of these individuals. **Objective:** to analyze the relationship between social support and sleep of elderly people who care for other elderly people. **Method:** observational, cross-sectional study, based on the quantitative research method. It was held in a county in the interior of São Paulo. This is an excerpt from a larger study, in which 65 elderly caregivers of other elderly, registered in Family Health Units, participated. The interviews were conducted at the participants' homes between July 2019 and March 2020, by previously trained researchers, using the following instruments: Questionnaire to characterize the elderly caregiver and the context of care; Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI); Medical Outcomes Study Social Support Scale. Differences between groups were estimated using Pearson's chi-squared, Fisher's exact and Mann-Whitney tests. Spearman's correlation test was also used. The level of significance for statistical tests was $p\text{-value} \leq 0.05$. **Results:** There was a predominance of elderly female caregivers (56.9%), spouses of the elderly recipient of care (89.3%), with a mean age of 69.1 ± 6.4 years. Regarding social support, it was found that the highest score was obtained in the affective dimension and the lowest score in the positive social interaction dimension. The average number of members of the network of elderly caregivers was 9.7 ± 13.2 people. As for sleep, 50.8% of the elderly caregivers had poor sleep quality. The mean score obtained on the PSQI was 7.4 ± 4.1 . There was a weak and inverse correlation between sleep quality and the dimension "positive social interaction" ($Rho = -0.27$; $p = 0.028$). Furthermore, statistically significant results were identified between: material support and daytime dysfunction ($p = 0.034$); affective support and sleep efficiency ($p = 0.026$); positive social interaction and subjective sleep quality ($p = 0.001$) and daytime dysfunction ($p = 0.008$). **Conclusion:** The higher the score obtained in the "positive social interaction" dimension, the lower the score on the instrument that assesses sleep quality and vice versa. Overall, positive aspects regarding sleep characteristics are linked to higher social support scores in the present investigation.

Keywords: Caregivers. Elderly. Social support. Sleep. Social vulnerability. Geriatric Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social segundo aspectos sociodemográficos. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=65)	25
Tabela 2 - Distribuição dos idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social segundo aspectos de saúde, sintomas depressivos, condição cognitiva, qualidade do sono e capacidade funcional. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=65)	26
Tabela 3 - Características relacionadas ao contexto de cuidado dos idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=65)	27
Tabela 4 - Análise descritiva do apoio social de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=65)....	27
Tabela 5 - Correlação entre qualidade do sono e dimensões de apoio social. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=65)	28
Tabela 6 - Escore mediano das dimensões de apoio social segundo características do sono. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=65)	28

LISTA DE SIGLAS

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVD – Atividades de Vida Diária
CBO – Classificação Brasileira de Ocupações
DP – Desvio Padrão
EEG – Eletroencefalograma
EMG – Eletromiograma
EOG – Eletroculograma
EUA – Estados Unidos da América
GDS – Escala de Depressão Geriátrica
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IMC – Índice de Massa Corporal
IPVS – Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
MEEM – Mini Exame do Estado Mental
NREM – Non-Rapid Eye Movement
MOS – Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study
PI – PiauÍ
PSQI – Índice de Qualidade do Sono de Pittsburg
REM – Rapid Eye Movement
Rho – Coeficiente de Correlação
SP – São Paulo
TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UFSCar – Universidade Federal de São Carlos
USF – Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
Cuidadores de idosos	9
Apoio social e sono	11
JUSTIFICATIVA	16
OBJETIVOS	18
Objetivo Geral	18
Objetivos Específicos	18
HIPÓTESE	19
MATERIAL E MÉTODO	20
Tipo de estudo	20
Local do estudo.....	20
População e amostra	20
Aspectos éticos	21
Procedimentos e período para coleta de dados	21
Instrumentos para coleta de dados.....	22
Análise de dados.....	24
RESULTADOS	25
DISCUSSÃO	31
CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS	38
APÊNDICES	46
ANEXOS	54

INTRODUÇÃO

Cuidadores de idosos

O cenário contemporâneo mundial vivencia mudanças significativas relacionadas ao processo de envelhecimento populacional. Historicamente, as famílias eram compostas por vários membros e a sociedade, formada principalmente por jovens. Nos dias atuais, notam-se estruturas familiares com menos filhos e um contingente expressivo de idosos. Considera-se idoso, o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos nos países em desenvolvimento e aqueles com idade igual ou superior a 65 anos, nos países desenvolvidos (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

A transição demográfica se tornou evidente no Brasil a partir do século XX, com a redução expressiva das taxas de mortalidade, natalidade, fecundidade e o aumento na expectativa de vida, o que culminou no envelhecimento da população (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), há evidências de que até 2020 o grupo etário com 60 anos ou mais atingirá cerca de 32% do total de habitantes no país, sendo que 25% destes terão 65 anos de idade e a expectativa de vida será de 81 anos (IBGE, 2018).

Concomitantemente à transição demográfica há a transição epidemiológica, que diz respeito à modificação nos padrões de saúde e doença, os quais sofrem influência constante de determinantes demográficos, sociais e econômicos. Antigamente, as doenças mais prevalentes eram agudas e de caráter infeccioso. Atualmente, há predomínio de doenças crônicas e não transmissíveis, como por exemplo, câncer, diabetes e demência, ou seja, muitas das quais são comuns no contexto do envelhecimento (PEREIRA; ALVES-SOUZA; VALE, 2015).

O processo de envelhecimento humano é caracterizado por perdas graduais da funcionalidade, além de alterações sociais e psicológicas. Tais mudanças podem acarretar crescente vulnerabilidade e maior dependência no âmbito familiar (FECHINE; TROMPIERI, 2012). Além disso, a maior prevalência de doenças crônicas entre os idosos pode gerar sequelas, incapacidades e sofrimento. Em decorrência disso, a presença de um cuidador pode ser extremamente importante para auxiliar o idoso que apresenta dependência parcial ou total (GUERRA et al., 2017).

O cuidador é a pessoa que oferece suporte na realização das atividades de vida diária (AVD) do idoso, objetivando proporcionar conforto e qualidade de vida (SANTOS et al., 2019). Em 2002, a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) reconheceu o cuidador como uma ocupação, na qual a pessoa com ou sem remuneração realiza o cuidado a determinado idoso,

excluindo técnicas que sejam legalmente de outros profissionais da área da saúde (CBO, 2002).

A literatura gerontológica contempla dois tipos de cuidadores: os formais, que ao serem contratados para o cuidado recebem remuneração pelo serviço oferecido e os informais, que desempenham a tarefa de cuidar voluntariamente. Geralmente são familiares, vizinhos ou amigos do idoso que recebe o cuidado (BATISTA; ALMEIDA; LANCMAN, 2014; ALBUQUERQUE et al., 2019).

Os cuidadores também se distinguem entre primário, secundário e terciário. O cuidador primário é o principal responsável pelo cuidado do idoso e protagonista da assistência prestada, visto que desempenha a maior parte de tal afazer. O cuidador secundário, por sua vez, efetua suas tarefas pontualmente e fornece suporte ao cuidador primário nos cuidados básicos do idoso ocasionalmente e com menos autonomia. O cuidador terciário presta seu cuidado, na maioria das vezes, indiretamente através de tarefas específicas como pagar contas, realizar compras e receber a aposentadoria (VIEIRA et al., 2011).

No contexto brasileiro, as mulheres são as principais responsáveis pelos cuidados aos idosos, uma vez que essa função é, tradicionalmente, desempenhada por elas por uma questão cultural. Ademais, essas mulheres são comumente esposas, filhas ou irmãs do idoso que recebe o cuidado, possuem 50 anos de idade ou mais, além de vivenciarem uma situação de cuidado informal e possuírem baixa renda e baixa escolaridade (GUTIERREZ; FERNANDES; MASCARENHAS, 2017; SANTOS-ORLANDI et al., 2017).

A prevalência de mulheres como cuidadoras de idosos também se destaca no contexto internacional, conforme estudos realizados na França (DAUPHINOT et al., 2016), na Itália (IAVARONE et al., 2014), na Suécia (OLAI; BORGQUIST; SVÄRDSUDD, 2015) e na Espanha (LOPÉZ GARCÍA, 2016). Pesquisadores apontam que esta designação de quem se responsabilizará pelo cuidado ao idoso no seio familiar contempla quatro principais fatores: gênero, grau de parentesco, proximidade física e afetiva (FERREIRA; ISAAC; XIMENES, 2018).

Em virtude do intenso aumento do número de pessoas idosas no Brasil aliado aos novos arranjos familiares, a literatura traz evidências de que idosos estão cuidando de outros parentes também idosos (OLIVEIRA et al., 2017).

Um estudo transversal realizado por pesquisadores da Universidade Estadual de Campinas (SP) buscou identificar se a sobrecarga e a multimorbidade associadas intensificavam as chances de fragilidade de idosos cuidadores de outros idosos. Como resultados, obtiveram que a maioria dos cuidadores era do sexo feminino (77,0%) e cuidava do cônjuge (62,0%). Cerca de 55,4% dos idosos apresentaram multimorbidades, 35,1% estavam frágeis, 46,0%, pré-

frágeis e 18,9%, robustos. Os autores concluíram que a sobrecarga do idoso cuidador é maior quando a multimorbidade associa-se à fragilidade, ocasionando dupla vulnerabilidade (ALVES et al., 2018).

Uma pesquisa transversal e descritiva realizada em São Carlos (SP) objetivou caracterizar idosos cuidadores de outros idosos inseridos em contexto de alta vulnerabilidade social. Os resultados mostraram predomínio de esposas cuidadoras, inseridas na faixa etária de 60 a 69 anos, com baixa escolaridade e independentes tanto em atividades básicas quanto instrumentais de vida diária (SANTOS-ORLANDI et al., 2017).

No México, um estudo avaliou o impacto físico e psicológico de cuidadores primários com idade avançada. Os resultados mostraram que a maioria dos idosos cuidadores (84%) tiveram mudanças significativas em sua vida após se tornar cuidador. Aproximadamente 66% mudaram seu projeto de vida e 40% passaram a conviver com insônia. Além disso, 76% declararam que cuidar de outras pessoas demanda grande esforço físico, 64% confessaram se sentir tensos, nervosos e inquietos e 36% relataram ansiedade (VALLE-ALONSO et al., 2015).

Frente ao exposto, vale ressaltar que idosos cuidadores inseridos em circunstâncias de pobreza vivenciam situações que podem prejudicar o cuidado oferecido, tendo em vista que estão mais suscetíveis a estressores, tornando-os seres vulneráveis ao maior acometimento por multimorbidades (SANTOS-ORLANDI et al., 2017).

No contexto do envelhecimento, uma das queixas mais prevalentes entre os idosos refere-se aos problemas de sono (BEZERRA et al., 2018). Pesquisadores apontam que a falta de apoio social pode intensificar problemas de saúde, inclusive os relacionados ao sono. Além disso, afirmam que uma boa percepção de suporte social está associada ao sono noturno de boa qualidade (COSTA; CEOLIM; NERI, 2011).

Apoio social e sono

As redes sociais são definidas como relações sociais de dimensão estrutural ou institucional ligada ao indivíduo, como por exemplo, organizações religiosas, sistema de saúde, trabalho e vizinhança (PEDRO; ROCHA; NASCIMENTO, 2008). O apoio social, por sua vez, é um processo dinâmico, composto por relações entre as pessoas de modo hierarquizado e recíproco (RODRIGUES; SILVA, 2013). Embora não exista um consenso, diversos estudiosos apontam que “rede social” seria a ligação social que permite ajuda mútua entre indivíduos e “apoio social”, a principal função da rede social (McDOWELL; NEWELL, 1996; BOWLING, 1997; O'REILLY, 1998).

A literatura aponta que os tipos de apoio social se constituem em: afetivo, informativo, material ou instrumental, emocional e de interação social positiva (BARBOSA et al., 2019). O apoio afetivo caracteriza-se pelas demonstrações físicas, ou seja, emoções e sentimentos que se traduzem em gestos como um abraço ou carinho (MARTINS, 2005). O apoio informativo está relacionado ao oferecimento de conselhos e orientações para a tomada de decisões. O apoio material ou instrumental refere-se à disponibilização de suporte físico, como por exemplo, ajuda financeira ou nos afazeres domésticos. O apoio emocional envolve a demonstração de empatia, isto é, alguém disposto a ouvir e conversar com o indivíduo. E, por fim, o apoio de interação social positiva, que se reflete na disponibilidade de pessoas com quem possa se divertir e relaxar (NERI; VIEIRA, 2013).

O apoio social no contexto do envelhecimento humano é considerado fator fundamental à saúde dos idosos. Diante de relações sustentadas em reciprocidade, confiança e cooperação, pode haver melhora significativa na qualidade de vida desses idosos (NERI; VIEIRA, 2013). Entretanto, quando tal interação se desequilibra, ocorre o enfraquecimento dos laços sociais e, conseqüentemente, pode haver prejuízos na vida de seres longevos. A falta de apoio social na velhice é capaz de provocar condições negativas na vida do idoso, dentre elas a vulnerabilidade social, o isolamento, a tendência ao suicídio (GUEDES et al., 2017) e mortalidade por diversas causas (HOBBS et al., 2016).

O efeito benéfico do apoio social na velhice é notório diante da melhora de quadros depressivos (GARIÉPY; HONKANIEMI; QUESNEL-VALLE, 2016), da prevenção da institucionalização (RODRIGUES; SILVA, 2013), da manutenção da funcionalidade (BRITO et al., 2018; ATKINS et al., 2013), de altos níveis de bem-estar subjetivo e de qualidade de vida (NERI; VIEIRA, 2013; FERNANDEZ-MAYORALAS et al., 2012). Esses aspectos reforçam o quão importante é a qualidade das relações existentes entre os indivíduos idosos.

Uma pesquisa longitudinal realizada em São Paulo teve como objetivo verificar a associação entre as características das redes sociais de idosos e o surgimento de comprometimento funcional. Como resultados, obtiveram que as redes sociais dos idosos eram compostas por 8,15 integrantes em média, principalmente familiares de 15 a 59 anos. O oferecimento de apoio social (OR=0,32; IC95% 0,14 – 0,71) foi considerado fator protetor contra o desenvolvimento de dependência, independentemente de fatores sociodemográficos e de saúde, durante seguimento de quatro anos (BRITO et al., 2018).

Sendo assim, o apoio social pode exercer influência sobre a saúde de idosos. Indivíduos inseridos em redes sociais ativas vivem com melhor saúde e por mais tempo quando comparados àqueles que não estão inseridos (BRITO et al., 2018). Além disso, estudiosos

afirmam que idosos que mantêm relacionamentos sociais saudáveis podem desfrutar de um sono noturno de qualidade, da mesma maneira que a ausência ou insuficiência de apoio social pode influenciar negativamente o sono dos idosos (COSTA; CEOLIM; NERI, 2011; CHUNG, 2017).

O sono é um estado fisiológico cíclico, reversível, composto por cinco estágios distintos, no qual o indivíduo apresenta reduzida reatividade a estímulos ambientais (SILVA; COIMBRA; CARRARA, 2017). Apresenta como função promover a manutenção da saúde física e cognitiva (BERTOLAZI, 2008). Além disso, atua na regulação do sistema imunológico e hormonal, na reposição de neurotransmissores e na recuperação de energia que, juntamente, são capazes de promover bem-estar, descanso mental e físico e disposição para a execução de atividades de vida diária (AVD) no dia seguinte (ALVES, 2018; ALVES JÚNIOR, 2010).

O sono humano é caracterizado por dois padrões fundamentais, identificados pela ausência de movimentos oculares rápidos (*Non-Rapid Eye Movement* – NREM) e presença de movimentos oculares rápidos (*Rapid Eye Movement* – REM). Ambos podem ser observados por meio das ondas cerebrais – eletroencefalografia (EEG), dos movimentos oculares – eletroculograma (EOG) e da atividade muscular – eletromiografia (EMG) (FERNANDES, 2006).

O sono NREM é composto por quatro etapas graduais de profundidade. A etapa I denota sonolência superficial, ou seja, a transição entre a vigília e o sono. A etapa II demonstra o início de uma sonolência mais profunda. As etapas III e IV refletem o sono de ondas lentas, ou seja, são as fases mais profundas do sono, marcadas por relaxamento muscular, respiração regular, redução da frequência cardíaca, da pressão arterial e dos movimentos corporais.

O sono REM, por sua vez, é o estágio profundo no tocante à dificuldade em despertar em que se observa movimentos corporais fásicos, geralmente nos membros e face, além da emissão de sons. Suas principais características são atonia muscular, respiração irregular, movimentos oculares rápidos e sonhos (FERNANDES, 2006; NEVES, MACEDO, GOMES, 2017).

Um ciclo composto pelos quatro estágios de sono NREM e um de sono REM dura aproximadamente 90 minutos. Isso significa que esse ciclo NREM-REM se repete cerca de cinco a seis vezes por noite. Entretanto, pode haver diferenças quando se leva em consideração a faixa etária dos indivíduos e a necessidade de reparação. Um recém-nascido dorme aproximadamente 20 horas, enquanto a necessidade de sono para um idoso está em torno de seis horas (FERNANDES, 2006).

Dentre as mudanças oriundas do sono durante a velhice destacam-se as alterações na profundidade e duração dos estágios III e IV; o aumento das transições de um estágio para

outro; a diminuição do limiar para despertar devido a ruídos; a maior latência do sono e a diminuição na secreção de melatonina (hormônio responsável pela regularização do sono). Ademais, há o aumento na fragmentação do sono e na frequência de cochilos diurnos (GEIB et al., 2003; SILVA; COIMBRA; CARRARA, 2015).

A prevalência de queixas relacionadas ao sono aumenta significativamente em sujeitos com idade superior a 60 anos devido a mudanças na arquitetura do sono, comorbidades, polifarmácia, patologias físicas e mentais, além de alterações do ambiente e status social (RAPOSO, 2015). Todavia, muitos profissionais de saúde consideram as queixas relacionadas ao sono como um evento normal do envelhecimento senescente (GEIB et al, 2003), as quais equivocadamente acabam sendo negligenciadas (ALMONDES; LEONARDO; MOREIRA, 2017).

Dentre as contestações mais comuns dos idosos estão a má qualidade do sono acompanhada da sensação de sono não reparador, sonolência diurna excessiva, ronco, insônia, inquietação motora, divergências em dormir e/ou acordar no horário desejado, aumento do número de despertares noturnos e redução da duração total do sono (RAPOSO, 2015; NEVES; MACEDO; GOMES, 2017; TIWARI; SONAL, 2018).

Estudo descritivo realizado pela Universidade Estadual de Campinas buscou comparar a prevalência de queixas de sono em idosos residentes em dois municípios de diferentes índices de desenvolvimento humano (IDH), sendo Campinas, SP (IDH = 0,852) e Parnaíba, PI (IDH = 0,674). Foram avaliados 988 idosos. Os resultados mostraram que os idosos do município com menor IDH apresentaram mais queixas de sono (sono não restaurador, despertar precoce, e dificuldade em iniciar e manter o sono) quando comparados aos idosos do município com maior IDH (SANTOS; CEOLIM; NERI, 2012).

Pesquisas apontam que o sono noturno pode sofrer influência da qualidade das relações existentes entre os seres humanos. Uma meta-análise foi realizada nos EUA com o objetivo de revisar a associação entre suporte social e sono. A revisão identificou 61 estudos, com um total de 105.437 participantes. Como resultados, obtiveram que maior apoio social relacionou-se significativamente a melhores resultados do sono noturno (GREY et al., 2018).

Foram encontrados na literatura estudos que buscaram a relação entre apoio social e queixas de sono entre idosos (KENT et al., 2015; KISHIMOTO et al., 2016; STAFFORD et al., 2017; CHENG et al., 2018). Estudo realizado com 175 indivíduos de meia idade e idosos (média de idade de 60 anos) identificou que relacionamentos aversivos se associaram à má qualidade do sono noturno, enquanto bons relacionamentos influenciaram positivamente o sono (KENT et al., 2015).

No Japão, um estudo foi realizado com 3.732 idosos com 65 anos e mais a fim de investigar os fatores associados aos distúrbios do sono em idosos comunitários. Dentre os fatores associados estava o apoio social insuficiente ou ausente. Idosos que não recebiam apoio do cônjuge ou da família apresentaram 1,44 chances a mais de desenvolver distúrbios do sono quando comparados àqueles com apoio suficiente (IC95% 1,23 – 1,70). Concluíram que o sono está intimamente ligado ao apoio social de cônjuges e familiares (KISHIMOTO et al., 2016).

Pesquisa longitudinal realizada no Reino Unido acompanhou 2.446 indivíduos por 15 anos. Os resultados mostraram que a existência de apoio social insuficiente ou inadequado se associou à má qualidade do sono. Os autores concluíram que, embora a associação possa ser bidirecional, os resultados sugerem que intervenções relativas ao apoio social são necessárias, tendo em vista o consequente benefício para o sono noturno desses idosos (STAFFORD et al., 2017).

Participaram de um estudo longitudinal realizado em Singapura 1.417 idosos com 60 anos e mais. Como resultados, os autores obtiveram que redes sociais mais fracas se relacionaram a um sono inquieto (CHENG et al., 2018).

Diante do exposto, estudos recentes demonstram que a escassez de apoio social é preditiva de um sono ruim. Será que o mesmo ocorre com os idosos cuidadores inseridos em contexto de alta vulnerabilidade social?

JUSTIFICATIVA

O apoio social pode exercer influência sobre a saúde dos idosos (MELCHIORRE et al., 2013). Relações sociais adequadas e sadias corroboram para um envelhecimento ativo e saudável, para a redução de doenças físicas e cognitivas (MELCHIORRE et al., 2013), melhor qualidade de vida, produtividade, autonomia (NERI; VIEIRA, 2013), superação de quadros depressivos (GARIÉPY; HONKANIEMI; QUESNEL-VALLE, 2016), prevenção da institucionalização (RODRIGUES; SILVA, 2013) e manutenção da funcionalidade (BRITO et al., 2018).

Por outro lado, a insuficiência ou escassez de apoio social pode implicar em desfechos negativos à saúde física, mental e emocional dos indivíduos, com consequente isolamento, vulnerabilidade, ideação suicida e mortalidade por diversas causas (HOBBS et al., 2016; GUEDES et al., 2017). Indiretamente, a ausência de suporte social pode oferecer impactos significativos no sistema de saúde pública, ao gerar demandas crescentes, sendo assim necessária sua investigação.

O sono atua como um importante restaurador do organismo, sendo fundamental para todo ser vivo. A prevalência de queixas relacionadas ao sono se eleva entre os idosos e pode se refletir em prejuízos à qualidade de vida e à saúde desses indivíduos (MAGALHÃES et al., 2017; AMARO; DUMITH, 2017). Nesse sentido, pode haver maior procura por serviços de saúde e aumento de custos (SARSOUR et al., 2011).

O cenário contemporâneo mundial demonstra que o cuidado prestado ao público idoso é exercido, principalmente, por um familiar. A literatura gerontológica aponta que existem idosos cuidando de outros idosos (GUERRA et al., 2017; OLIVEIRA et al., 2017). Sendo assim, para realizar cuidados de boa qualidade, é imprescindível que esses idosos cuidadores estejam bem tanto física quanto cognitivamente (TOMOMITSU; PERRACINI; NERI, 2014; OLIVEIRA et al., 2017).

Ademais, cuidadores inseridos em contexto de alta vulnerabilidade social podem apresentar multimorbidades e estar mais suscetíveis a situações que prejudicam sua saúde, qualidade de vida e bem-estar, prejudicando o cuidado oferecido (SANTOS-ORLANDI et al., 2017).

Vale ressaltar que estudos que buscaram analisar a relação entre apoio social e sono de idosos cuidadores são escassos na literatura.

Diante do exposto, compreender a relação entre apoio social e sono de idosos cuidadores mostra-se relevante, principalmente em contextos de maior vulnerabilidade social, tendo em vista que tanto a saúde e a qualidade de vida quanto o bem-estar desses indivíduos podem estar

comprometidos diante da escassez de apoio social e problemas de sono.

Sendo assim, uma avaliação geriátrica ampla pode ser realizada por profissionais de saúde no contexto da atenção básica com o intuito de detectar problemas de maneira precoce e desenvolver intervenções que melhorem a qualidade de vida desses idosos, com preservação de sua autonomia e independência. Estratégias assertivas relacionadas à promoção da saúde e prevenção de agravos poderão ser elaboradas pelos profissionais das Unidades de Saúde da Família mediante os resultados obtidos neste estudo. A reflexão desses achados poderá estimular novos questionamentos e investigações.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar a relação entre apoio social e sono de idosos que cuidam de outros idosos atendidos em Unidades de Saúde da Família em contexto de alta vulnerabilidade social.

Objetivos Específicos

- Caracterizar os idosos cuidadores segundo as variáveis sociodemográficas e de saúde e analisar o contexto de cuidado;
- Identificar o número de integrantes da rede de apoio social dos idosos cuidadores;
- Descrever a ajuda recebida pelos idosos cuidadores;
- Analisar os tipos de apoio recebido pelos idosos cuidadores;
- Avaliar a qualidade do sono dos idosos cuidadores.

HIPÓTESE

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

MATERIAL E MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional, de corte transversal, fundamentado no método quantitativo de investigação. É um recorte de um projeto maior intitulado “Fatores associados à má qualidade do sono de idosos cuidadores”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

Local do estudo

O estudo foi realizado no município de São Carlos, interior de São Paulo, com idosos cadastrados em Unidades de Saúde da Família (USF) inseridas em contexto de alta vulnerabilidade social.

No ano de 2010 a população desse município era equivalente a 221.950 habitantes, sendo que o percentual de idosos era de 12,9% (IBGE, 2010). Atualmente, o município contempla 21 USFs, sendo duas localizadas na área rural e as demais em área urbana (SÃO CARLOS, 2018). As USFs estão inseridas em distintas áreas de vulnerabilidade social, de acordo com o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS).

O IPVS leva em consideração fatores socioeconômicos e demográficos dos indivíduos residentes no Estado de São Paulo. Tal índice é categorizado em sete níveis de vulnerabilidade a que estão expostos esses indivíduos, a saber: Grupo 1 (baixíssima vulnerabilidade), Grupo 2 (vulnerabilidade muito baixa), Grupo 3 (vulnerabilidade baixa), Grupo 4 (vulnerabilidade média), Grupo 5 (vulnerabilidade alta – setores urbanos), Grupo 6 (vulnerabilidade muito alta) e Grupo 7 (vulnerabilidade alta – setores rurais) (FUNDAÇÃO SEADE, 2010).

População e amostra

A população foi constituída por idosos com idade igual ou maior que 60 anos, cadastrados e residindo na área urbana de abrangência das USFs e que cuidam de idosos.

Participaram do estudo todos os idosos que atenderam os seguintes critérios de inclusão: ser o cuidador primário de um idoso dependente para pelo menos uma atividade básica de vida diária (ABVD - avaliada pelo Índice de Katz – ANEXO A) ou instrumental de vida diária (AIVD - avaliada pela Escala de Lawton e Brody – ANEXO B); exercer a tarefa de cuidar de maneira informal; residir no mesmo domicílio que o idoso receptor de cuidados; e estar cadastrado em uma USF inserida em contexto de alta vulnerabilidade social (IPVS = 5). Os critérios de exclusão estabelecidos foram: apresentar dificuldades de comunicação em virtude

de graves déficits auditivos e/ou visuais, identificados no momento da coleta de dados; classificação como independentes de todos os idosos do domicílio, tanto para atividades básicas quanto instrumentais de vida diária; óbito de um dos idosos da idade; mudança de endereço; não ser encontrado diante de três tentativas em dias e horários distintos.

A partir de uma lista fornecida por profissionais de saúde a amostra foi constituída. Dos 177 idosos listados, 104 foram excluídos (50 por não aceitarem participar do estudo; 36 após três tentativas de visita domiciliária sem sucesso; 15 devido à mudança de endereço e três óbitos). Dos 73 idosos cuidadores restantes que participaram da coleta, oito foram excluídos pois não apresentaram todos os dados das variáveis de interesse. Desse modo, a amostra final deste estudo foi constituída por 65 idosos cuidadores. Devido à intenção de investigar toda a população de idosos cuidadores da lista fornecida pelas USFs, não foi realizado cálculo do tamanho amostral. Assim os resultados obtidos serão considerados de natureza exploratória e não confirmatória.

Aspectos éticos

Todos os aspectos éticos presentes na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde foram observados e respeitados. Foi solicitada autorização para a Secretaria Municipal de Saúde (ANEXO C) e a coleta de dados somente teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (parecer nº 3.275.704) (ANEXO D). Foi fornecido o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE – APÊNDICE A), com informações importantes, como por exemplo: objetivo do estudo, participação por livre e espontânea vontade, possibilidade de desistência a qualquer momento, garantia de anonimato e sigilo dos dados coletados. Os participantes assinaram o TCLE em duas vias, sendo uma para o participante e outra para a pesquisadora responsável. Após a leitura e assinatura do TCLE, iniciou-se a coleta de dados.

Procedimentos e período para coleta de dados

Inicialmente, foi realizado contato com as cinco USFs a fim de identificar as residências a serem visitadas. Com o apoio dos agentes comunitários de saúde e das enfermeiras das USFs, foi elaborada uma lista com os nomes e endereços dos idosos cuidadores. Posteriormente, foram realizadas visitas domiciliárias para todos os idosos cuidadores para verificar o atendimento aos critérios de inclusão e exclusão. Os idosos que atenderem esses critérios foram convidados a participar do estudo. Nessa visita, os idosos cuidadores foram informados sobre os objetivos da pesquisa, a natureza voluntária da participação e a devolutiva dos resultados das avaliações.

Após serem convidados a participar e no caso de aceite, nova visita domiciliar foi agendada para assinatura do TCLE e início da entrevista.

A coleta de dados foi realizada no período de julho de 2019 a março de 2020, por oito estudantes de graduação e pós-graduação previamente treinados. A entrevista aconteceu na residência dos idosos, individualmente, em espaço disponibilizado por eles e teve duração aproximada de duas horas.

Instrumentos para coleta de dados

Caracterização do idoso cuidador e do contexto de cuidado (APÊNDICE B): Os dados foram coletados por meio de um questionário construído previamente pelos pesquisadores, contendo duas partes. Na primeira parte, foram coletados dados de caracterização sociodemográfica e de saúde do idoso cuidador, com informações sobre: sexo (feminino ou masculino), idade (em anos), situação conjugal (com companheiro ou sem companheiro), escolaridade (em anos), religião (católico, evangélico, outras, não possui), raça/cor (branca, preta, parda, indígena, amarela), renda familiar e individual (em reais), aposentadoria (sim ou não), trabalho extradomiciliar (sim ou não), arranjo familiar (com quem mora), quantidade de pessoas que residem na casa, multimorbidade (sim ou não), número de medicamentos em uso, dor (sim ou não), IMC (baixo peso, eutrófico, sobrepeso), atividade física (sim ou não), tabagismo (sim ou não), etilismo (sim ou não) e plano particular de saúde (sim ou não). Na segunda parte, foram coletados dados de caracterização do contexto de cuidado, com informações sobre: grau de parentesco, há quanto tempo o cuidado é exercido (anos), quantas horas e dias na semana são destinados a esse cuidado, se realizou algum curso preparatório para cuidar de outrem, se recebe ajuda para a tarefa de cuidar.

Índice de Katz para Atividades Básicas de Vida Diária (ANEXO A): desenvolvido por Sidney Katz em 1963, o instrumento avalia áreas como banho, capacidade para vestir-se, usar o banheiro, transferência, continência e alimentação. O instrumento oferece três opções de respostas para cada item de acordo com o nível de dependência do entrevistado, podendo ser independente, necessita de assistência e dependente. Ao final, é possível o entrevistador verificar em quantas atividades o idoso se mostra independente e em quantas atividades ele se mostra dependente (KATZ et al., 1963; LINO et al., 2008).

Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton e Brody (ANEXO B): desenvolvida por Lawton e Brody em 1969 e validada por Santos e Virtuoso Júnior em 2008, a

escala tem por objetivo avaliar o grau de independência do paciente para usar o telefone, usar meios de transporte, fazer compras, preparar refeições, realizar trabalho doméstico, usar medicamentos e manejar o dinheiro. Para cada atividade, o idoso pode pontuar 1 para dependência completa, 2 para dependência parcial ou 3 para independência. A pontuação final pode variar entre 7 e 21 pontos, ou seja, 7 pontos significam dependência total, de 8 a 20 pontos dependência parcial e 21 pontos independência (LAWTON; BRODY, 1969; SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008).

Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) (ANEXO E): elaborado por Buysse e colaboradores (1989) e validado em âmbito brasileiro por Bertolazi et al (2011). Tem como objetivo avaliar quantitativa e qualitativamente o sono em relação ao mês anterior. Composto por 19 questões de autorrelato sendo subdivididas em sete itens: qualidade subjetiva sono, latência do sono, duração do sono, eficiência habitual do sono, alterações do sono, uso de medicamentos para dormir e disfunção diurna do sono. A pontuação global varia de 0 a 21, sendo que quanto maior a pontuação, pior é a qualidade do sono do indivíduo. Escores iguais ou superiores a cinco pontos indicam presença de sono de má qualidade e de distúrbios do sono. A qualidade do sono dos indivíduos pode ser categorizada da seguinte maneira: sono de boa qualidade (0 a 4 pontos), sono de má qualidade (5 a 10 pontos) e presença de distúrbios do sono (11 a 21 pontos) (BERTOLAZI et al., 2011).

Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study (MOS) (ANEXO F): desenvolvido por Sherbourne e Stewart (1991) e posteriormente traduzido e validado para o contexto brasileiro por Andrade et al. (2001), visa avaliar em que medida um indivíduo recebe o apoio de outros para enfrentar determinadas situações de vida. O instrumento abrange cinco dimensões de apoio social: 1) material: composta por quatro questões sobre recursos disponíveis; 2) afetiva: com três questões referentes a demonstrações de amor e carinho; 3) interação social positiva: com quatro perguntas sobre ter pessoas com quem passar o tempo; 4) emocional: com quatro questões sobre o quão a rede social é capaz de prestar suporte em situações que exijam sigilo e encorajamento em momentos difíceis; 5) apoio informativo: com quatro perguntas que dizem respeito a disponibilidade de pessoas para aconselhar, informar e orientar. Composto por 19 itens, o idoso entrevistado deve indicar a frequência que considera disponível cada tipo de apoio entre: nunca (0), raramente (1) às vezes (2), quase sempre (3) e sempre (4). Dessa forma, ao final, soma-se a pontuação total, que pode variar de 20 a 100 pontos. Quanto maior o escore, maior o nível de apoio social (ANDRADE, 2001; SHEBOURNE; STEWART, 1991).

Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) versão reduzida (ANEXO G): desenvolvida por Yesavage e colaboradores em 1983 e validada para o contexto brasileiro por Almeida e Almeida em 1999. Trata-se de um instrumento de rastreio de sintomas depressivos. O questionário é composto por 15 itens com respostas dicotômicas (sim ou não) a respeito de como a pessoa tem se sentido na última semana. Ao final, somam-se os pontos obtidos e a interpretação corresponde a: 0 a 5 pontos não há indícios de sintomas depressivos, 6 a 10 pontos sintomas depressivos leves e de 11 a 15 pontos, sintomas depressivos severos (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999; YESAVAGE et al., 1983).

Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO H): desenvolvido por Folstein, Folstein e McHugh (1975) e adaptado no Brasil por Bertolucci e colaboradores em 1994. O MEEM tem por objetivo avaliar o estado mental e rastrear declínio cognitivo. O instrumento é constituído por 12 questões, com escore máximo de 30 pontos. A nota de corte, pontuação indicativa de alteração cognitiva, está relacionada à escolaridade dos indivíduos: sem escolaridade (17 pontos), de um a três anos de escolaridade (22 pontos), de quatro a sete anos de escolaridade (24 pontos) e oito anos ou mais de escolaridade (26 pontos) (BRUCKI et al., 2003).

Análise de dados

Na análise descritiva dos dados foram estimadas distribuições de frequências, medianas, valor mínimo e valor máximo para as variáveis numéricas do estudo. Para as variáveis categóricas, foram estimadas as proporções. As diferenças entre os grupos foram estimadas utilizando-se os testes de Qui-quadrado de Pearson, Exato de Fisher e Mann-Whitney. Utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov para testar a normalidade das variáveis. Considerando a distribuição não paramétrica, utilizou-se o Teste de Correlação de Spearman para analisar a correlação entre o escore de qualidade do sono e as dimensões de apoio social. A magnitude da correlação foi classificada como fraca ($<0,3$); moderada (0,3 a 0,59); forte (0,6 a 0,9) e perfeita (1,0) (LEVIN; FOX, 2012). Adotou-se o nível de significância de 5%. Os dados obtidos foram codificados e digitados em planilha eletrônica e analisados com apoio do pacote estatístico Stata versão 13.

RESULTADOS

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

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

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

DP – Desvio Padrão

A amostra foi composta predominantemente por mulheres (56,9%), inseridas na faixa etária de 60 a 74 anos (78,5%), com média de idade de 69,1 anos (dp=6,4), aposentadas (73,8%) e que não trabalhavam fora de casa (78,5%).

No que se refere ao ambiente familiar, a maioria dos idosos cuidadores residia com o companheiro (93,9%), seguidos daqueles que residiam com os filhos (29,2%) e com netos (15,4%). A média de moradores que residem no mesmo domicílio corresponde a 2,8 pessoas (dp=3,1).

Na tabela 2 estão dispostos os dados acerca das características de saúde dos idosos cuidadores inseridos em contexto de alta vulnerabilidade social.

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

Variáveis	Categorias	n (%) ou média (DP)
Multimorbidade	Sim	62 (95,4)
	Não	3 (4,6)
Uso de medicamentos	Dois ou mais	47 (72,3)
	Um	10 (15,4)
	Nenhum	8 (12,3)
Dor	Sim	59 (90,8)
	Não	6 (9,2)
Sintomas depressivos	Sintomas depressivos severos	5 (7,7)
	Sintomas depressivos leves	15 (23,1)
	Ausência de sintomas depressivos	45 (69,2)
Nº de sintomas depressivos		4,6 (3,4)
Declínio Cognitivo	Não	18 (27,7)
	Sim	47 (72,3)
Qualidade do sono	Ruim	33 (50,8)
	Boa	17 (26,1)
	Presença de distúrbio do sono	15 (23,1)
Escore total de qualidade do sono		7,3 (4,1)
ABVD	Independência	48 (73,9)
	Dependência em uma atividade	16 (24,6)
	Dependência em duas atividades	1 (1,5)
AIVD	Dependência parcial	41 (63,1)
	Independência	24 (36,9)

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária; AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária; DP – Desvio Padrão.

Observou-se na amostra estudada que 95,4% referiram a presença de multimorbidade e 72,3% faziam o uso de dois medicamentos ou mais.

No que diz respeito à qualidade do sono, 50,8% dos idosos cuidadores possuíam uma qualidade de sono ruim. A pontuação média obtida no PSQI foi de $7,4 \pm 4,1$, com mediana de 7 pontos e variação de 1 a 17 pontos.

Cerca de 72,3% apresentaram declínio cognitivo, 73,9% estavam independentes para ABVD e 63,1% possuíam dependência parcial para AIVD. Verificou-se que, de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC), 49,2% dos idosos cuidadores estavam com sobrepeso e 41,5% eutróficos. A maioria não praticava atividade física (75,4%), negou tabagismo (83,1%) e etilismo (83,1%). Apenas 24,6% dos idosos tinham plano de saúde particular.

A tabela 3 ilustra as características referentes ao contexto de cuidados dos idosos cuidadores em contexto de alta vulnerabilidade social.

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

Variáveis	Categorias	n (%) ou média (DP)
Quem recebe o cuidado	Cônjuge	58 (89,3)
	Pai/Mãe	3 (4,6)
	Sogra/Sogra	1 (1,5)
	Irmão/Irmã	1 (1,5)
	Outro	2 (3,1)
Tempo de cuidado (anos)		11,1 (12,8)
Horas diárias de cuidado		17,9 (8,3)
Dias semanais de cuidado		6,9 (0,4)
Treinamento prévio	Não	63 (96,9)
	Sim	2 (3,1)
Recebe ajuda no cuidado	Não	38 (58,5)
	Sim	27 (41,5)

DP – Desvio Padrão

Em relação ao contexto de cuidado, os resultados apontaram que os cônjuges (89,2%) são os principais receptores de cuidados e que seus cuidadores atuam, informalmente, há cerca de 11,1 anos (dp=12,8), durante 17,9 horas (dp=8,3) por dia. Destaca-se ainda que 96,9% não receberam treinamento prévio para exercer o cuidado e 58,5% não recebiam ajuda para o cuidado.

Quanto ao apoio social, a média de membros da rede dos idosos cuidadores foi de $9,7 \pm 13,2$ pessoas, mediana = 6, com variação de zero a 80 pessoas. A tabela 4 apresenta os resultados relacionados aos tipos de apoio social dos participantes do estudo.

Tabela 4 – Análise descritiva do apoio social de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=65)

Dimensões do apoio social	Média	DP	Mediana	Valor mínimo	Valor máximo
Apoio material	80,8	20,4	90	20	100
Apoio afetivo	87,4	19,1	100	20	100
Apoio emocional	76,2	23,9	85	20	100

Apoio informação	77,1	23,6	85	20	100
Interação social positiva	75,0	22,1	80	20	100

DP – Desvio Padrão

Verificou-se que o maior escore foi obtido na dimensão afetiva e o menor escore, na dimensão interação social positiva.

A tabela 5 demonstra a correlação entre a qualidade do sono e as dimensões de apoio social.

Tabela 5 – Correlação entre qualidade do sono e dimensões de apoio social. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=65)

	Qualidade do sono	
	<i>Rho</i>	<i>p</i>
Apoio material	-0,22	0,081
Apoio afetivo	0,01	0,930
Apoio emocional	-0,09	0,433
Apoio informação	-0,24	0,054
Interação social positiva	-0,27	0,028

Observou-se correlação inversa e de fraca magnitude entre qualidade do sono e a dimensão “interação social positiva” ($Rho = -0,27$; $p = 0,028$), ou seja, quanto maior a pontuação obtida nessa dimensão de apoio social, menor a pontuação no instrumento que avalia a qualidade do sono e vice-versa.

A tabela 6 dispõe acerca dos escores medianos das dimensões de apoio social de acordo com as características do sono.

Tabela 6 – Escore mediano das dimensões de apoio social segundo características do sono. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=65)

	Material	<i>p</i>	Afetivo	<i>p</i>	Emocional	<i>p</i>	Informação	<i>p</i>	Interação Social Positiva	<i>p</i>
Qualidade do sono*										
Boa	90,0	0,671	100,0	0,336	85,0	0,988	90,0	0,565	85,0	0,094
Ruim	90,0		93,3		85,0		80,0		85,0	
Presença de distúrbio do sono	85,0		100,0		90,0		75,0		70,0	
Qualidade Subjetiva do sono										
Boa	90,0	0,134	100,0	0,512	85,0	0,077	85,0	0,478	85,0	0,001
Má	82,5		100,0		70,0		75,0		62,5	
Latência do sono										
Curta	90,0	0,167	100,0	0,536	85,0	0,141	87,5	0,211	82,5	0,051
Longa	85,0		93,3		65,0		80,0		60,0	
Duração do sono										
Recomendada	90,0	0,656	100,0	0,590	85,0	0,840	90,0	0,237	80,0	0,242
Não recomendada	87,5		100,0		85,0		80,0		72,5	
Eficiência do sono										
Eficiente	90,0	0,728	86,6	0,026	80,0	0,190	85,0	0,739	75,0	0,508
Não eficiente	85,0		100,0		90,0		85,0		80,0	
Uso de medicação para dormir										
Pouco frequente ou nulo	90,0	0,185	100,0	0,372	85,0	0,471	85,0	0,359	80,0	0,694
Muito frequente	80,0		90,0		85,0		77,5		75,0	

Disfunção diurna										
Pouca indisposição diurna	90,0	0,034	100,0	0,164	85,0	0,108	85,0	0,058	85,0	0,008
Muita indisposição diurna	77,5		90,0		77,5		75,0		62,5	

*escore total

De acordo com a tabela 6, resultados estatisticamente significativos foram identificados entre: apoio material e disfunção diurna ($p=0,034$); apoio afetivo e eficiência do sono ($p=0,026$); interação social positiva e qualidade subjetiva do sono ($p=0,001$) e disfunção diurna ($p=0,008$).

DISCUSSÃO

Esse estudo investigou a relação entre sono e apoio social de idosos cuidadores de outros idosos. Observou-se correlação inversa e de fraca magnitude entre qualidade do sono e a dimensão “interação social positiva” ($Rho = -0,27$; $p = 0,028$), ou seja, quanto maior a pontuação obtida nessa dimensão de apoio social, menor a pontuação no instrumento que avalia a qualidade do sono e vice-versa. Além disso, resultados estatisticamente significativos foram identificados entre: apoio material e disfunção diurna ($p = 0,034$); apoio afetivo e eficiência do sono ($p = 0,026$); interação social positiva e qualidade subjetiva do sono ($p = 0,001$) e disfunção diurna ($p = 0,008$).

Houve predominância de idosos cuidadores do sexo feminino e cônjuges do idoso receptor de cuidado, dado corroborado tanto pela literatura nacional quanto internacional (OLAI; BORGQUIST; SVÄRDSUDD, 2015; PAVARINI et al., 2018). Culturalmente, o ato de cuidar é permeado por mulheres que, naturalmente, são as responsáveis pela prestação de cuidados e afazeres domésticos, visto isso percebe-se que o papel feminino é mais frequente dentro do arranjo familiar, tornando-as cuidadoras (POCINHO et al., 2016).

O presente estudo apresentou uma amostra composta, em sua maior parte, por idosos cuidadores inseridos na faixa etária de 60 a 74 anos (78,5%), com média de idade de 69,1 anos. Outros pesquisadores também encontraram dados semelhantes em relação à média de idade de idosos cuidadores (OLIVEIRA et al., 2018; LINS; ROSAS; NERI, 2018; LUO et al., 2020).

A literatura aponta que diante do aumento da longevidade, da composição de novos arranjos familiares, da diminuição do número de filhos e da inserção das mulheres no mercado de trabalho tem-se um expressivo número de idosos cuidando de outros idosos na atualidade (ROSSETTI et al., 2018).

Quanto aos aspectos de saúde, a maioria dos idosos cuidadores apresentou multimorbidades, fazia uso de dois ou mais medicamentos e relataram dor. Dados semelhantes foram identificados no estudo de Terassi et al. (2020).

No que concerne à capacidade funcional, a maioria dos idosos cuidadores estava independente para ABVD (73,9%) e dependente parcial para AIVD (63,1%). Outros pesquisadores brasileiros também consolidaram os dados sobreditos (LUCHESSI et al., 2016; GOMES et al., 2017). O comprometimento funcional em atividades instrumentais de vida diária pode ser compreendido devido esses cuidadores também serem idosos e estarem suscetíveis a perdas funcionais no decorrer do processo do envelhecimento e ao acometimento por diversas doenças que podem impactar o desempenho em atividades de vida diária (NUNES

et al., 2018). Ademais, idosos que exercem o papel de cuidador tendem a negligenciar o próprio cuidado em benefício do idoso receptor de cuidados, o que pode contribuir para o desenvolvimento de doenças físicas e mentais, capazes de prejudicar o desempenho funcional e impactar negativamente a qualidade de vida e o cuidado prestado (MOURA et al., 2020).

Em relação ao contexto de cuidado, observou-se que esses idosos cuidadores desempenhavam a tarefa de cuidar há mais de uma década, por várias horas por dia, durante quase todos os dias da semana. Destaca-se ainda que a maioria deles não possuía treinamento prévio nem ajuda de outrem na prestação de cuidados. Dados semelhantes foram identificados em estudo brasileiro (MUNIZ et al., 2016) e internacionais (BERG; FORTINSKY; ROBISON, 2019; BURGDORF et al., 2019). A literatura traz evidências de que tanto a falta de capacitação quanto a escassez de apoio social podem influenciar na qualidade do cuidado oferecido e repercutir de maneira negativa na saúde do idoso receptor de cuidado (ALMEIDA et al., 2018).

No tocante à qualidade do sono, houve predomínio de idosos cuidadores que apresentaram qualidade de sono ruim. Esses achados vão de encontro à literatura, a qual revela minoria de idosos cuidadores que retrataram insatisfação com o sono (EKSTRÖM et al., 2020). Entretanto, vale ressaltar que, neste estudo sueco, os idosos cuidadores que estavam altamente sobrecarregados se queixaram mais de problemas de sono quando comparados aos idosos cuidadores com baixa sobrecarga ($p < 0,001$) (EKSTRÖM et al., 2020).

Pesquisadores afirmam que o prejuízo do sono noturno entre cuidadores pode estar relacionado à intensidade diária do cuidado e sua longa duração (SIMÓN et al., 2019a; SIMÓN et al., 2019b). Essa explicação está em consonância com o perfil de cuidado da amostra do presente estudo, uma vez que os idosos cuidadores realizavam essa tarefa há longos anos, durante várias horas por dia e sem apoio de outras pessoas para o cuidar. A insatisfação com o sono pode originar irritabilidade, falta de motivação, redução da capacidade de concentração e clareza para a tomada de decisões (SIMÓN et al., 2019a), o que pode impactar negativamente o cuidado ofertado e a qualidade de vida relacionada à saúde desse cuidador.

Além disso, o prejuízo do sono noturno desses idosos cuidadores deve ser analisado sob a ótica da vulnerabilidade social a que estão expostos. Diante da restrição de recursos sociais, econômicos e de acesso a bens e serviços, existe o risco de adoecimento e de danos relacionados à saúde (ALVES et al., 2018). Nesse sentido, acredita-se haver maior prevalência de má qualidade do sono.

Somado a isso, há alterações fisiológicas relacionadas à qualidade e quantidade do sono noturno que ocorrem durante o processo de envelhecimento (SILVA et al., 2017), as quais

incluem a redução da secreção endógena da melatonina; maior ocorrência das transições entre os estágios do sono e a vigília; sono profundo de curta duração; aumento do tempo de latência até o início do sono; desorganização do ritmo circadiano e prejuízo dos órgãos do sentido capazes de reconhecer pistas temporais (YAREMCHUK, 2018). Todos esses fatores contribuem para que os idosos se queixem da qualidade do seu sono.

Quanto ao tamanho da rede de apoio social dos idosos cuidadores, verificou-se que havia, em média, 9,7 pessoas ($dp=13,2$), variando de zero a 80 pessoas. Dados convergentes aos achados do presente estudo foram identificados na literatura (BRITO et al., 2018). A literatura demonstra que idosos que possuem rede social adequada e ativa são beneficiados não somente por terem recurso social disponível, mas também por poderem contribuir e serem suporte para outra pessoa. Deste modo, nota-se que independente das variações quantitativas na composição das redes dos idosos, o nível de importância se dá primordialmente pela qualidade do apoio recebido (ROCHA; OLIVEIRA; MOTA, 2017).

Em relação ao apoio social, verificou-se que o maior escore foi obtido na dimensão afetiva e o menor escore, na dimensão interação social positiva, todavia altos níveis de apoio social foram encontrados em todas as dimensões. Estudos realizados com idosos não cuidadores (HIZMERI; MENA; AGÜERO, 2020; TAVARES; OLIVEIRA; FERREIRA, 2020) e com idosos cuidadores (PAVARINI et al., 2021) também encontraram dados semelhantes, nos quais a maioria da amostra demonstrou escores elevados de apoio social.

A fim de avaliar o apoio social percebido, um estudo transversal foi desenvolvido com 85 idosos cuidadores e 84 idosos não cuidadores inseridos na comunidade de um município paulista. Os resultados mostraram altos escores de apoio social tanto para idosos cuidadores quanto para os não cuidadores. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Dentre os cuidadores, o maior escore foi obtido na dimensão afetiva e o menor, na interação social positiva (PAVARINI et al., 2021).

No presente estudo, acredita-se que o apoio afetivo obteve a maior pontuação devido às demonstrações de afeto, amor e carinho serem mais facilmente notadas, principalmente ao se considerar o contexto e a fase de vida em que se encontram (HIZMERI; MENA; AGÜERO, 2020). Identificou-se também que idosos com pouca indisposição diurna apresentaram maiores escores de apoio material. A literatura aponta que, ao receber o apoio material de que precisam, idosos sentem-se tranquilos, amparados e dormem melhor (HIZMERI; MENA; AGÜERO, 2020), apresentando disposição para realizarem as atividades no dia seguinte.

O escore de interação social positiva pode ter alcançado pontuação um pouco mais

baixa devido aos idosos exercerem o cuidado por várias horas e dias da semana, resultando em um tempo reduzido para se divertir com outrem (HIZMERI; MENA; AGÜERO, 2020; TAVARES; OLIVEIRA; FERREIRA, 2020). Atividades ininterruptas estão relacionadas ao isolamento social, pois além de oferecerem cuidados aos idosos, os cuidadores requerem tempo também para o desenvolvimento dos afazeres domésticos (PAVARINI et al., 2021).

Vale ressaltar que, como esses idosos estão inseridos em um contexto repleto de situações adversas e restrito de recursos, o apoio social pode ser encarado como um subsídio relacionado à resiliência. A literatura aponta que a percepção do recebimento de apoio social permite ao indivíduo apresentar uma visão positiva da vida e das adversidades, funcionando como estratégia de enfrentamento a situações estressantes (ALMEIDA et al., 2018; LINS; ROSAS; NERI, 2018; TAVARES; OLIVEIRA; FERREIRA, 2020; PAVARINI et al., 2021).

Observou-se correlação inversa e de fraca magnitude entre qualidade do sono e a dimensão “interação social positiva”, ou seja, quanto maior a pontuação obtida nessa dimensão de apoio social, menor a pontuação no instrumento que avalia a qualidade do sono e vice-versa. Além disso, identificou-se que idosos cuidadores com sono de boa qualidade e com pouca indisposição diurna apresentaram maiores escores de interação social positiva. Estudo chileno também identificou resultados convergentes (HIZMERI; MENA; AGÜERO, 2020). Desse modo, ficou evidente que maior envolvimento social está relacionado a um sono de melhor qualidade (KENT et al., 2015; STAFFORD et al., 2017; HIZMERI; MENA; AGÜERO, 2020).

A literatura aponta que a interação social pode ser benéfica para a qualidade do sono. Relações sociais baseadas em reciprocidade e confiança podem auxiliar na regulação das emoções e no enfrentamento do estresse e, conseqüentemente, produzir efeitos positivos sobre o sono noturno. A sensação de pertencimento e valorização e o compartilhamento de experiências também podem melhorar o humor dos indivíduos, resultando em um sono satisfatório. Nesse sentido, a depressão pode ser considerada um importante mediador entre apoio social e qualidade do sono, na medida em que pessoas depressivas tendem a apresentar baixo envolvimento social e queixas relacionadas ao sono (KENT et al., 2015; STAFFORD et al., 2017; ALBUQUERQUE et al., 2019).

Relações sociais amistosas podem gerar satisfatório suporte percebido e funcionam como fatores protetores à saúde na velhice (HIZMERI; MENA; AGÜERO, 2020). Nesse contexto do cuidar, isso é extremamente importante, haja vista que os cuidadores devem ter boa saúde física e mental a fim de prestarem cuidados de qualidade (OLIVEIRA et al., 2017). Sendo assim, intervenções baseadas em vários componentes podem ser planejadas no sentido

de se evitar o isolamento social e melhorar a qualidade do sono das pessoas, como por exemplo, grupos de atividade física, de estimulação cognitiva e de incentivo ao autocuidado (HIZMERI; MENA; AGÜERO, 2020).

No geral, aspectos positivos em relação às características do sono estão atrelados a maiores escores de apoio social na presente investigação. Estudiosos sugerem que estar próximo de outras pessoas origina segurança contra potenciais adversidades. Pertencer a uma rede de suporte social pode trazer tranquilidade para os idosos no sentido de se ter alguém com quem contar para a resolução de problemas rotineiros. Afirmam também que mudanças na vida são capazes de gerar ansiedade e ruminação, as quais poderiam ser amenizadas diante do suporte social, refletindo-se em sensação de bem-estar e, conseqüentemente, melhor sono noturno (CHILD et al., 2021).

Em contrapartida, o único aspecto que foi na contramão dessa discussão foi a relação encontrada entre apoio afetivo e eficiência do sono, isto é, diante de sono não eficiente, houve maior escore de apoio afetivo. Idosos cuidadores com sono ineficiente receberam um escore mais alto de demonstração física de afeto quando comparados aos idosos cuidadores com sono eficiente. Pesquisadores sugerem que ter um parceiro romântico se reflete em maiores demonstrações de carinho, ternura e afeto (CHILD et al., 2021), o que leva à suposição de que os idosos poderiam ficar mais tempo na cama acordados do que dormindo. Parcerias positivas nos relacionamentos refletem compromisso, companheirismo e podem afetar negativamente o sono noturno diante da adoção de horários irregulares para dormir (CHILD et al., 2021). Por outro lado, uma possível explicação seria a de que esses idosos com sono ineficiente podem receber altos níveis de demonstração física de carinho e afeto por apresentarem maiores demandas.

O estudo possui algumas limitações. Tratou-se de um recorte transversal, com uma amostra reduzida e específica de idosos cuidadores, impossibilitando observar a atribuição de relação de causa e efeito entre as variáveis e impedindo a generalização dos achados, respectivamente. A temática inovadora não permitiu encontrar uma vasta literatura. Pesquisas em relação à qualidade do sono e apoio social de idosos cuidadores são escassas, o que dificultou em alguns momentos a comparação dos achados com a literatura. Frente ao exposto, sugere-se a realização de pesquisas de cunho longitudinal com idosos cuidadores inseridos na comunidade para verificar a direção da relação entre essas variáveis. Como ponto forte destaca-se o fato de o estudo ter sido realizado com idosos cuidadores inseridos na comunidade, os quais não foram selecionados a partir de queixas de sono ou insatisfação com o apoio social.

É importante ressaltar que profissionais de unidades de saúde devem continuamente se qualificar para oferecerem suporte adequado aos cuidadores familiares, os quais frequentemente, carecem de orientações referentes ao cuidado ofertado. Ademais, conhecer as características das redes de apoio social dos idosos e compreender a dinâmica dos relacionamentos durante a velhice é de extrema importância, visto que quando saudáveis e adequados são capazes de proporcionar benefícios de promoção da saúde e prevenção de agravos. Intervenções direcionadas a esses idosos cuidadores, como cartilhas e oficinas, podem ser úteis para o oferecimento de um cuidado apropriado, assim como para um sono de melhor qualidade.

CONCLUSÃO

A hipótese desse estudo foi confirmada. Observou-se correlação inversa e de fraca magnitude entre qualidade do sono e a dimensão “interação social positiva”. Além disso, resultados estatisticamente significativos foram identificados entre os tipos de apoio e os componentes do sono (apoio material e disfunção diurna; apoio afetivo e eficiência do sono; interação social positiva e qualidade subjetiva do sono e disfunção diurna).

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, F.K.O. et al. Qualidade de vida em cuidadores de idosos: uma revisão integrativa. **Rev Enferm Atual In Derme**, v.87, n.25, p.1-9, 2019. Disponível em: <<https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/189>>. Acesso em julho de 2021.
- ALMEIDA, O.P.; ALMEIDA, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, v.57, n.2, p.421-6, 1999. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>
- ALMEIDA, W.L.S. et al. Social support and cognitive processing among elderly caregivers and non-caregivers of other elderly persons. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, v.21, n.6, p.681-90, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180107>
- ALMONDES, K.M.; LEONARDO, M.E.M.; MOREIRA, A.M.S. Effects of a cognitive training program and sleep hygiene for executive functions and sleep quality in healthy elderly. **Dement neuropsychol**, v.11, n.1, p.69-78, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-57642016dn11-010011>
- ALVES JÚNIOR, D.R. Repercussão do sono sobre o trabalho. **Diagn Tratamento**, v.15, n.3, p.150-2, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2010/v15n3/a1566.pdf>>. Acesso em agosto de 2019.
- ALVES, E.V.C. et al. The double vulnerability of elderly caregivers: multimorbidity and perceived burden and their associations with frailty. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, v.21, n.3, p.312-22, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180050>
- AMARO, J.M.R.S.; DUMITH, S.C. Sonolência diurna excessiva e qualidade de vida relacionada à saúde dos professores universitários. **J Bras Psiquiatria**. v.67, n.2, p.94-100, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000191>
- ANDRADE, C.R. **Associação entre apoio social e frequência relatada de autoexame das mamas no Estudo Pró-Saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4941>>. Acesso em dezembro de 2019.
- ATKINS J. et al. Psychological distress and quality of life in older persons: relative contributions of fixed and modifiable risk factors. **BMC Psychiatry**, v.13, n.249, p.1-10, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-249>
- BATISTA, M.P.P.; ALMEIDA, M.H.M.; LANCMAN, S. Cuidadores formais de idosos: contextualização histórica no cenário brasileiro. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, v.17, n.4, p.879-85, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13148>
- BERG, K.M.; FORTINSKY, R.H.; ROBISON, J. Family caregivers needed-no training provided. **JAMA Intern Med.**, v.179, n.6, p.835-6, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.8689>

BERTOLAZI, A.N. et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. **Sleep Med**, v.12, n.1, p.70-5, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.04.020>

BEZERRA, M.A.A. et al. Qualidade de vida e qualidade do sono de idosos. **RIEC**, v.1, n.1, p.1-15, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/330760959_QUALIDADE_DE_VIDA_E_QUALIDADE_DO_SONO_DE_IDOSOS. Acesso em agosto de 2019.

BOWLING, A. Measuring social networks and social support. In: **Measuring health: a review of quality of life measurements scales**. Baltimore: Open University Press, p.91-109, 1997.

BRASIL. **Classificação Brasileira de Ocupações: CBO**. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.mteco.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>. Acesso em agosto de 2019.

BRITO, T.R.P. et al. Social network and older people's functionality: Health, Well-being, and Aging (SABE) study evidences. **Rev Bras Epidemiol.**, v.21, n.supp.2, p.e180003, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180003.supl.2>

BRUCKI, S.M.D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, v.61, n.3, p.777-81, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>

BURGDORF, J. et al. Factors associated with receipt of training among caregivers of older adults. **JAMA Intern Med.**, v.179, n.6, p.833-5, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.8694>

CHENG, G.H.L. et al. Weak social networks and restless sleep interrelate through depressed mood among elderly. **Qual Life Res**, v.27, n.10, p.2517-24, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1895-3>

CHILD, S. et al. Direct and moderating causal effects of network support on sleep quality: findings from the UC Berkeley social network study. **Ann Behav Med.**, v.55, n.5, p.446-59, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1093/abm/kaa106>

CHUNG, J. Social support, social strain, sleep quality, and actigraphic sleep characteristics: evidence from a national survey of US adults. **Sleep Health**, v.3, p.22-7, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2016.10.003>

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

DAUPHINOT, V. et al. Relationship between comorbidities in patients with cognitive complaint and caregiver burden: a cross-sectional study. **J Am Med Dir Assoc.**, v.17, n.3, p.232-7, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.10.011>

EKSTRÖM, H. et al. High burden among older family caregivers is associated with high prevalence of symptoms: data from the Swedish Study "Good Aging in Skane (GAS)". **J**

Aging Res., p.1-9, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1155/2020/5272130>

FECHINE B.R.A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Rev Cient Intern.**, v.1, n.7. 2012. Disponível em: <http://www.fonovim.com.br/arquivos/534ca4b0b3855f1a4003d09b77ee4138-Modifica---es-fisiol--gicas-normais-no-sistema-nervoso-do-idoso.pdf>. Acesso em agosto de 2019.

FERNANDES, R.M.F. O sono normal. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v.39, n.2, p.157-68, 2006. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v39i2p157-168>

FERNANDEZ-MAYORALAS, G. et al. Design, measures and sample characteristics of the CadeViMa-Spain survey on quality of life in community-dwelling older adults. **Int. Psychogeriatr.**, v.24, n.3, p.425-38, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1041610211002018>

FERREIRA, C.R.; ISAAC, L.; XIMENES, V.S. Cuidar de idosos: um assunto de mulher? **Estud Interdiscip Psicol.**, v.9, n.1, p.108-25, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em agosto de 2019.

FUNDAÇÃO SEADE. **Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS**. Espaços e dimensões da pobreza nos municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.iprs.seade.gov.br/>. Acesso em: dezembro de 2019.

GARIÉPY G., HONKANIEMI H., QUESNEL-VALLE A. Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. **Br J Psychiatry**, v.209, n.4 p.284-93. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.169094>

GEIB, L.T.C. et al. Sono e envelhecimento. **Rev Psiquiatr.**, v.25, n.3, p.453-65, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082003000300007>

GOMES, G.A.O. et al. Prevalence of physical inactivity and associated factors among older caregivers of older adults. **J Aging Health**, v.31, n.5, p.793-813, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1177%2F0898264318756422>

GREY, K. et al. Social support and sleep: a meta-analysis. **Health Psychol.**, v.37, n.8, p.787-98, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1037/hea0000628>

GUEDES, M.B.O.G. et al. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. **Rev Saúde Colet.**, v.17, n.4, p.1185-204, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400017>

GUERRA, S. H. et al. A sobrecarga do cuidador domiciliar. **Rev Bras Promoç Saúde**, v.30, n.2, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6043>. Acesso em dezembro de 2019.

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

HIZMERI, E.R.; MENA, R.P.; AGÜERO, S.D. Relación entre apoyo social percibido, severidad de insomnio y somnolencia diurna en adultos mayores. **Rev Instit Invest Cienc Salud.**, v.18, n.3, p.34-42, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2020.018.03.34>

HOBBS, W.R. et al. Online social integration is associated with reduced mortality risk. **PNAS**, v.113, n.46, p. 12980-84, 2016. Disponível em: <https://www.readcube.com/articles/10.1073/pnas.1605554113>. Acesso em dezembro de 2019.

IAVARONE, A. et al. Caregiver burden and coping strategies in caregivers of patients with Alzheimer's disease. **Neuropsychiatr Dis Treat.**, v.10, p.1407-13, 2014. DOI: <https://doi.org/10.2147/NDT.S58063>

IBGE. Instituto Brasileiro de geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010:** características da população e dos domicílios – resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 16 jul 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, n.12, p.914-9, 1963. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>

KENT, R.G. et al. Social relationships and sleep quality. **Ann Behav Med.**, v.49, 912-7, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12160-015-9711-6>

KISHIMOTO, Y. et al. Bodily pain, social support, depression symptoms and stroke history are independently associated with sleep disturbance among the elderly: a cross-sectional analysis of the Fujiwara-kyo study. **Environ Health Prev Med.**, v.21, n.5, p.295-303, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12199-016-0529-z>

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

LEVIN, J.; FOX, J.A. **Estatística para ciências humanas**. 11ed. São Paulo: Prentice-Hall; 2012.

LINO, V.T.S. et al. Cross-cultural adaptation of the Independence in Activities of Daily Living Index (Katz Index). **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.1, p.103-12, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100010>

LINS, A.E.S.; ROSAS, C.; NERI, A. L. Satisfaction with Family relations and support according to elderly persons caring for elderly relatives. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, v.21, n.3, p.330-41, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170177>

LOPÉZ-GARCÍA, E.P. Cuidar a los que cuidan: los cuidadores informales. **Rev Urug Enferm.**, v.11, n.2, p.50-58, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-849026>. Acesso em dezembro de 2019.

LUCHESE, B.M. et al. Factors associated with attitudes toward the elderly in a sample of elderly caregivers. **Inter Psychogeriatr.**, v.28, n.12, p.2079-89, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1017/s1041610216001538>

LUO, J. et al. Factors related to the burden of family caregivers of elderly patients with spinal Tumours in Northwest China. **BMC Neurol.**, v.20, n.68, p.1-7, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12883-020-01652-0>

MAGALHÃES, A.C.R. et al. Sonolência diurna, qualidade do sono e qualidade de vida em idosos. **Cad Educ Saúde Fisioter.**, v.3, n.6, 2016. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/1094>. Acesso em julho de 2019.

MARTINS, R. M. L. A relevância do apoio social na velhice. **Educ Ciênc Tecnol.**, v.31, p.128-34, 2005. Disponível em: <<https://revistas.rcaap.pt/millennium/article/view/8422>>. Acesso em agosto de 2019.

McDOWELL, I.; NEWELL, C. **Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires**. Nova York: Oxford University Press, 1996.

MELCHIORRE, M.G. et al. Social support, socio-economic status, health and abuse among older people. **PLoS One**, v.8, n.1, e54856, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054856>

MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A.C.G.; SILVA, A.L.A. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, v.19, n.3, p.505-19, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>

MOURA, B.M. et al. Cuidando dos cuidadores familiares de idosos dependentes: uma proposta de tecnologia de acolhimento. **BJRH**, v.3, n.5, p.12059-79. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-056>

MUNIZ, E.A. et al. Grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos atendidos em domicílio pela Estratégia Saúde da Família. **Saúde Debate**, v.40, n.110, p.172-82, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611013>

NERI, A.L.; VIEIRA, L.A.M. Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, v.16, n.3, p.419-32, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000300002>

NEVES, G.S.M.L.; MACEDO, P.; GOMES, M.M. Transtornos do sono: Atualização (1/2). **Rev Bras Neurol.**, v.53, n.3, p.19-30, 2017. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-876873>>. Acesso em dezembro de 2019.

NUNES, D.P. et al. Caregivers of elderly and excessive tension associated to care: evidence of the Sabe Study. **Rev Bras Epidemiol.**, v.21, n.2, p.180020, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180020.supl.2>

- OLAI, L.; BORGQUIST, L.; SVÄRDSUDD, K. Life situations and the care burden for stroke patients and their informal caregivers in a prospective cohort study. **Ups J Med Sci.**, v.20, n.4, p.290-8, 2015. DOI: <https://doi.org/10.3109/03009734.2015.1049388>
- OLIVEIRA N.A. et al. Stress and optimism of elderlies who are caregivers for elderlies and live with children. **Rev Bras Enferm.**, v.70, n.4, p.697-703, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0088>
- OLIVEIRA, J.F. et al. Quality of life of elderly people who care for other elderly people with neurological diseases. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, v.21, n.4, p.440-51, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180077>
- O'REILLY, P. Methodological issues in social support and social network Research. **Social Sci Med.**, v.26, n.8, p. 863-73, 1998.
- PAVARINI, S.C.I. et al. Association between perceived social support and better cognitive performance among caregivers and non-caregivers. **Rev Bras Enferm.**, v.74, n.2, p.1-7, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0329>
- PAVARINI, S.C.I. et al. Factors associated with cognitive performance in elderly caregivers. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, v.76, n.10, p.685-91, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0004-282x20180101>
- PEDRO, I.C.S.; ROCHA, S.M.M.; NASCIMENTO, L.C. Social support and social network in family nursing: reviewing concepts. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.16, n.2, p.324-7 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000200024>
- PEREIRA, R.A.; ALVES-SOUZA, R.A.; VALE, J.S. O processo de transição epidemiológica no Brasil: Uma revisão de literatura. **FAEMA**, v.6, p.99-108, 2015. Disponível em: <http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/322>. Acesso em: setembro de 2021
- POCINHO, R. et al. Relação entre o estado psicossocial do cuidador informal e o tempo de cuidado dos idosos da região centro de Portugal. **Educ Humanismo**, v.19, n.32, p.88-101, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.17081/eduhum.19.32.2533>
- RAPOSO, F.M.O. **As alterações do sono**. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal, 2015. Disponível em: <https://eg.uc.pt/handle/10316/30579>. Acesso em dezembro de 2019.
- RODRIGUES, A.G.; DA SILVA, A.A. A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, v.16, n.1, p.159-70. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000100016>
- ROSSETTI, E.F. et al. Frailty, depressive symptoms and overload of elderly caregivers in a contexto of high social vulnerability. **Texto & Contexto Enferm.**, v.27, n.3, p.1-11, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018003590016>
- ROCHA, L.P.D.; OLIVEIRA, E.R.; MOTA, M.M.P.E. Relação entre apoio social e bem-estar subjetivo em idosos: revisão sistemática. **Rev. bras. promoç. saúde.**, v.30, n.4, p.1-13,

2017. DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2017.6472>

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

SANTOS, A.A.; CEOLIM, M.F.; NERI, A.L. Sleep complaints among Brazilian senior citizens from municipalities with different Human Development Indices. **Rev Lat-Am Enferm.**, v.20, n.5, p.917-26, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000500014>

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

SANTOS-ORLANDI, A.A. et al. Elderly who take care of elderly: a study on the Frailty Syndrome. **Rev Bras Enferm.**, v.70, n.4 p.822-29. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0474>

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

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

SARSOUR, K. et al. The association between insomnia severity and healthcare and productivity costs in a health plan sample. **Sleep**, v.34, n.4, p.443-50, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1093/sleep/34.4.443>

SHERBOURNE, C.D.; STEWORT, A.L. The MOS Social Support Survey. **Soc Sci Med.**, v.32, n.6, p.705-14, 1991. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B)

SILVA, B.G.; COIMBRA, C.C. B.E.; CARRARA.; M.A. Interferentes cronobiológicos do tratamento da insônia. **Rev Uningá**, v.29, n.3, p.103-7, 2017. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1988>>. Acesso em junho de 2021.

SILVA, K.K.M. et al. Sleep changes and interference in quality of life in aging. **REUOL**, v.11, n.1, p.422-8, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/318118975_SLEEP_CHANGES_AND_INTERFERENCE_IN_QUALITY_OF_LIFE_IN_AGING#fullTextFileContent. Acesso em: maio de 2021.

SIMÓN, M.A. et al. Caregiver burden and sleep quality in dependent people's family caregivers. **J Clin Med.**, v.8, n.7, p.1-10, 2019a. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm8071072>

SIMÓN, M.A. et al. Insomnia in female family caregivers of totally dependent patients with dementia: An exploratory study. **Behav Psychol.**, v.27, n.1, p.107-19, 2019b. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6678125/>. Acesso em: maio de 2021.

STAFFORD, M. et al. Social support from the closest person and sleep quality in later life: Evidence from a British birth cohort study. **J Psychosomatic Res**, v.98, p.1-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.04.014>

TAVARES, D.M.S.; OLIVEIRA, N.G.N.; FERREIRA, P.C.S. Apoio social e condições de saúde de idosos brasileiros da comunidade. **Cienc. Enferm.**, v.26, n.9, p.1-12, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.29393/ce26-2asdm30002>

TERASSI, M. et al. Factors associated with depressive symptoms in elderly caregivers with chronic pain. **Rev Bras Enferm.**, v.73, n.1, p.e20170782, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0782>

TIWARI, S.C.; SONAL, A. Sleep in elderly with due emphasis on dementia. **SMDIJ**, v.2, n.2, p.30-2, 2018. DOI: <https://doi.org/10.15406/smdij.2018.02.00039>

TOMOMITSU, M.R.S.; PERRACINI, M.R.; NERI, A.L. Fatores associados à satisfação com a vida em idosos cuidadores e não cuidadores. **Ciênc Saúde Colet**, v.19, n.8, p.3429-40, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.13952013>

VALLE-ALONSO, M.J. et al. Sobrecarga y burnout en cuidadores informales del adulto mayor. **Enferm Univ.**, v.12, n.1, p.19-27, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.05.004>

VIEIRA, C.P.B. et al. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. **Rev Bras Enferm.**, v.64, n.3, p.570-79, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000300023>

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

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

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

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

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

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

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

O preenchimento destes questionários não oferece risco imediato ao (a) senhor (a),

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

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

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

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

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

Pesquisador Responsável: Ariene Angelini dos Santos Orlandi

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

Contato telefônico: (16) 3351-9437

E-mail: arieneangelini@yahoo.com.br

São Carlos, _____ de _____ de 2019.

Ariene A. dos Santos Orlandi

Nome do Pesquisador

Ariene Angelini Santos Orlandi
Assinatura do Pesquisador

Nome do Participante

Assinatura do Participante

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

Data da entrevista: _____ / _____ / _____

Nome do Entrevistador: _____

Contato do Entrevistador: _____

Hora de início: _____

Hora de Término: _____

Nome completo do entrevistado: _____

Telefone do(a) entrevistado (a): _____

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

Outros contatos do entrevistado:

1. Nome: _____ Parentesco com o idoso: _____

Telefones de contato: _____

2. Nome: _____ Parentesco com o idoso: _____

Telefones de contato: _____

Observações:

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

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

2. Data de Nascimento: ____/____/_____

2a. Idade: ____ anos

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

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

Vá para a questão 5

4a. O que faz? _____

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

6. Escolaridade:

6a. Número de anos de estudo: _____ anos

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

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

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

Vá para a questão 8

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

8. Raça/ Cor: (1) Branca
(2) Preta

- (3) Mulata/ cabocla/ parda
- (4) Indígena
- (5) Amarela/ oriental
- (99) NR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

→ Vá para a questão 19

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

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

→ Vá para a questão 20

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

20. Possui alguma dessas doenças?

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

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

Vá para a questão 21c

21b. Número de medicamentos que usa: _____ medicamentos

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

(1) Sim
(0) Não
(99) NR

Vá para a questão 22

21d. Qual medicamento usa para dormir? _____

22. Pratica atividade física?

(1) Sim
(0) Não
(99) NR

Vá para a questão 23

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

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

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

→ Vá para a questão 24

23a. Quantos cigarros fuma por dia: _____ cigarros

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

→ Vá para a questão 25

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

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

→ Vá para a questão 26

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

26. Faz uso dos seguintes alimentos?

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

CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADO

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

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

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

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

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

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

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

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

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

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

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

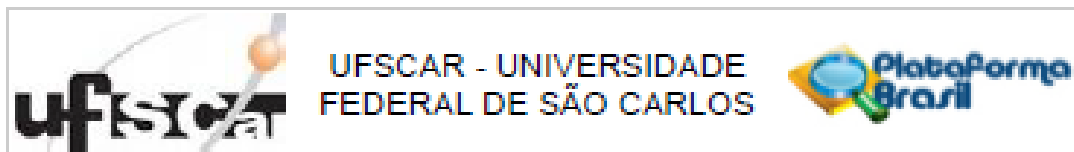
“Declaro ler e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa,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

São Carlos, 21 de Dezembro de 2019



Marcos Antonio Palermo
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO D – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: ARIENE ANGELINI DOS SANTOS ORLANDI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08175419.5.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

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

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.275.704

Apresentação do Projeto:

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

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

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

Objetivo Secundário:

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

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

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-005

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-0883

E-mail: cephumanos@ufscar.br



UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 3.275.704

positivos e negativos dos idosos cuidadores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

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

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

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequações solicitadas foram adequadas pelos pesquisadores.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

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

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

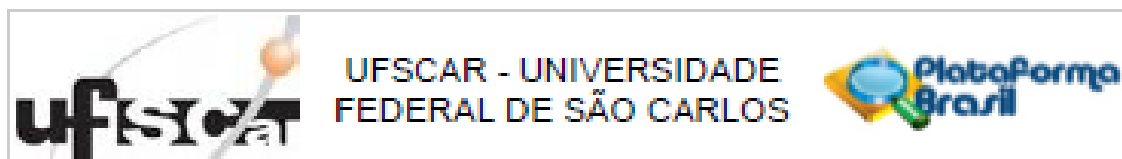
CEP: 13.565-005

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-0683

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.275.704

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

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 22 de Abril de 2019

Assinado por:
Priscilla Hortense
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
UF: SP Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-0683 E-mail: cephumanos@ufscar.br

ANEXO E - ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH

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

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

HORÁRIO DE DEITAR: _____

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

QUANTOS MINUTOS DEMOROU PARA PEGAR NO SONO: _____

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

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

HORÁRIO DE ACORDAR: _____

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

HORAS DE SONO POR NOITE: _____

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

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

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

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

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

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

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

c) Levantar-se para ir ao banheiro:

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

d) Ter dificuldade para respirar:

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

e) Tossir ou roncar muitas vezes:

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

f) Sentir muito frio:

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

g) Sentir muito calor:

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

h) Ter sonhos ruins ou pesadelos:

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

i) Sentir dores:

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

j) Outra razão, por favor, descreva: _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10. Você Cochila?

(1) sim (0) Não

10a. Cochilo: (0) intencional

(1) não intencional

10b. Quantos minutos por dia você cochila: _____ minutos/dia

10c. Quantas vezes por semana você cochila: _____ vezes/semana

10d. O Sr(a) acredita que cuidar do idoso interfere na qualidade do seu sono? (1) Sim

(0) Não

(99) NR

ANEXO F – ESCALA DE APOIO SOCIAL DO MEDICAL OUTCOMES STUDY

1. Aproximadamente, quantos amigos íntimos ou familiares próximos têm (Pessoas com as quais fica à vontade e pode falar de tudo que quiser) _____ **pessoas.**

	NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE
2. Alguém que o ajude se estiver doente, de cama.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Alguém para lhe ouvir quando o(a) Sr.(a) precisa 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 lhe levar ao médico.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. Alguém que demonstre afeto e amor pelo o(a) Sr.(a).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Alguém para se divertir muito.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. Alguém para lhe dar uma informação que o ajude a compreender determinada situação.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. Alguém em quem confiar para falar do(a) Sr.(a) ou sobre os seus problemas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. Alguém que lhe dê um abraço.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11. Alguém com quem relaxar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12. Alguém para preparar suas refeições se o(a) Sr.(a) não puder preparar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13. Alguém de quem o(a) Sr.(a) realmente quer conselhos.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14. Alguém com quem distrair a cabeça.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15. Alguém para ajudá-lo nas atividades diárias se o(a) Sr.(a) 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 quem fazer coisas agradáveis.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19. Alguém que compreenda seus problemas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20. Alguém que o(a) Sr.(a) ame e que o faça se sentir querido.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

ANEXO G – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

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

Por favor, me responda SIM ou NÃO

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

Classificação dos sintomas depressivos:

(1)	Sintomas depressivos severos (11 a 15)
(2)	Sintomas depressivos leves (6 a 10)
(3)	Normal (0 a 5)

ANEXO H – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL - MEEM	
Avaliação dos resultados (médias de Brucki et al., 2003, menos um desvio padrão arredondado para baixo):	
Analfabetos (se souber escrever o nome, mas não frequentou a escola) .17 pontos	
1 a 4 anos de escolaridade	22 pontos ou mais
5 a 8 anos de escolaridade.....	24 pontos ou mais
9 anos ou mais.....	26 pontos ou mais
Pontuação máxima.....	30 pontos

Agora, farei algumas perguntas e gostaria que você prestasse atenção em cada um delas, dando sua melhor resposta.

- 1) **Que dia da semana é hoje?**
 - Se omitir siga continuamente até concluir as questões.
- 2) **Que dia do mês é hoje?**
- 3) **Em que mês nós estamos?**
- 4) **Em que ano nós estamos?**
- 5) **Sem olhar no relógio, diga a hora aproximada**
 - Considere a variação de mais ou menos uma hora.
- 6) **Em que local específico nós estamos?**.....
 - Pergunte apontando para o chão que local é este. Ex. consultório, dormitório, sala, quarto.
- 7) **Que local é este aqui?**.....
 - Apontando ao redor em um sentido mais amplo, pergunte onde o local específico se insere. Ex. hospital, casa de repouso, própria casa.

8) Qual é o endereço onde estamos?

- Considere correto o nome do bairro ou o nome de uma rua próxima.

9) Em que cidade nós estamos?

10) Em que estado nós estamos?

11) Eu vou dizer três palavras e QUERO QUE VOCÊ REPITA em seguida.

Vaso Carro Tijolo

- Fale os três objetos claramente e devagar, dando cerca de 1 segundo de intervalo entre uma palavra e outra;
- Peça ao idoso para repeti-las;
- Dê 1 ponto para cada palavra repetida corretamente na 1ª vez. A pontuação é baseada somente na primeira repetição;
- Se houver erro, deve repetir as palavras até 5 vezes para o aprendizado e realização do item 13. Registre o número de tentativas:

12) Quanto é 100 menos 7?

- Depois da resposta, pergunte novamente: **E 93 – 7?**
- E assim sucessivamente até completar as 5 subtrações.
- Se errar, aguarde um momento sem dizer nada, esperando correção espontânea. Se não acontecer, sem dizer que errou, continue a subtração a partir do resultado correto. Continue os cálculos até o fim, pois a interferência deve ser sempre igual.
- Faça as cinco subtrações, independente das respostas;

100 – 7(93)

93 – 7(86)

86 – 7(79)

79 – 7(72)

72 – 7(65)

13) Quais foram as palavras que eu pedi para o(a) Sr(a). repetir agora há pouco?

- Peça ao idoso para repetir as três palavras ditas no item 11;
- Anote as palavras lembradas, independente da seqüência em que foram ditas.

_____ _____ _____

14) O que é isto?

- Pergunte mostrando o *relógio*.
- Faça o mesmo com a *caneta*

Relógio.....

Caneta

15) Eu vou dizer uma frase e DEPOIS QUE EU TERMINAR, quero que o Sr(a) repita:

- Apenas 1 tentativa

"NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ".

16) Eu darei 3 ordens e você só as realizará DEPOIS QUE EU TERMINAR DE FALAR:

- Arranque a folha em branco que está no final deste caderno dê os três comandos e depois dê o papel para o idoso, segurando com as duas mãos.

Pegue o papel com sua mão direita.....

Dobre-o ao meio

Ponha-o no chão.....

17) Leia e faça o que está escrito.....

- Mostre a frase “Feche os olhos”, que está escrita em letras grandes, no fim deste caderno.
- Se em um primeiro momento ele apenas ler, peça novamente para fazer o que está escrito;
- Caso leia sem fazer o que está escrito considere incorreto;

"FECHE OS OLHOS"

18) Escreva uma frase: □

- Peça para escrever uma frase com começo, meio e fim;
- Considere correto se a frase tiver sentido;
- Erros de gramática e ortografia são desconsiderados

19) Copie este desenho: □

- É considerado correto se ambas as figuras tiverem cinco lados e a intersecção entre elas;
- Pedir para copiar no espaço em branco da página ao lado;
- Veja observação sobre pontuação no início deste teste.

