

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

GRAZIELLE FERREIRA IROLDI

**ESPIRITUALIDADE E SOBRECARGA DE CUIDADORAS
IDOSAS COM E SEM DIFICULDADE PARA DORMIR**

SÃO CARLOS – SP

2023

GRAZIELLE FERREIRA IROLDI

ESPIRITUALIDADE E SOBRECARGA DE CUIDADORAS IDOSAS COM E SEM
DIFICULDADE PARA DORMIR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos para Exame de Defesa, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

(Linha de pesquisa: Saúde, biologia e envelhecimento).

Profa. Dra. Keika Inouye (Orientadora)

Profa. Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini (Co-orientadora)

SÃO CARLOS – SP

2023

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

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

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Grazielle Ferreira Iroldi, realizada em 02/03/2023.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Keika Inouye (UFSCar)

Prof. Dr. Fernando Augusto Vasilceac (UFSCar)

Profa. Dra. Tábatta Renata Pereira de Brito (UNIFAL)

Documento assinado digitalmente
 KEIKA INOUE
Data: 02/03/2023 16:58:28-0300
Verifique em <https://verificador.idi.br>

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a todas as idosas cuidadoras, que deixam sua vida de lado para cuidar daqueles que amam.

AGRADECIMENTOS

Eu agradeço primeiramente a Deus, que não olhou minhas fraquezas e faltas, e me deu todas as oportunidades para eu alcançar tudo que alcancei. Agradeço a minha mãe, meu pai e avós por sempre me apoiarem e estarem ao meu lado. Agradeço a professora Keika, que me orientou e acolheu desde o começo e me incentivou a continuar nos meus momentos de fraqueza. E as minhas amigas Bianca S., Carolina M. e Marina M. que apesar das dificuldades que enfrentamos nunca saíram do meu lado.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 88887.642979/2021-00.

Muito obrigada.

“Aquietai-vos e sabeis que EU sou Deus; serei exaltado sobre a terra”

Salmos 46;10

RESUMO

Espiritualidade e sobrecarga de cuidadoras idosas com e sem dificuldade para dormir

No contexto brasileiro, a responsabilidade de cuidar de pessoas idosas é comumente atribuída aos familiares do sexo feminino. As tarefas do cotidiano de cuidados podem levar a queixas relacionadas à dificuldade para dormir, gerar sobrecarga, afetar a saúde física e mental, bem como reduzir o tempo que o cuidador dispense para as suas atividades laborais, espirituais e de lazer. Esta pesquisa tem como objetivo verificar se existe associação entre autorrelato de dificuldade para dormir, sobrecarga e espiritualidade de idosas cuidadoras de pessoas idosas. Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e de corte transversal em que serão comparados dados de mulheres idosas cuidadoras informais de pessoas idosas atendidas em Unidades de Saúde da Família do município de São Carlos – SP, divididas em dois grupos: (a) Grupo de idosas cuidadoras sem dificuldade para dormir autorrelatada (b) Grupo de idosas cuidadoras com dificuldade para dormir autorrelatada. Os instrumentos para a coleta de dados utilizados foram: (a) Ficha de Caracterização da Idosa Cuidadora, (b) Escala de Avaliação da Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro e (c) Escala de Sobrecarga de Zarit – Versão Reduzida. Os dados obtidos foram digitados em um banco no programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows* para realização de análises estatísticas descritivas e comparativas. A amostra tinha idade média de 68,92 anos ($Md=67,00$; $x_{\min}=60,00$; $x_{\max}=98,00$), 3,67 anos de escolaridade ($Md=4,00$; $x_{\min}=0,00$; $x_{\max}=18,00$), rendas individual e familiar de 0,89 e 3,10 salários mínimos (individual e familiar, respectivamente). A maioria era casada ou tinha companheiro (91,3%, $n=240$), de cor branca (68,1%, $n=179$), católica (63,9%, $n=168$), praticante de uma religião (81,4%, $n=214$), aposentada (61,2%, $n=161$), com percepção de renda insuficiente (52,2%, $n=138$) e sem plano de saúde (79,5%, $n=209$). No que tange às características do cuidado, a responsabilidade de cuidar do cônjuge foi a mais frequente ($n=230$, 87,5%) seguida pelos pais ($n=17$, 6,5%) e irmãos ($n=12$, 4,6%). O cuidado, em sua maioria, era realizado sem treinamento ($n=255$, 97,0%), por longos períodos de tempo ($M=122,37$ meses, $Md=60,0$, $x_{\min}=0,00$; $x_{\max}=708,00$) e longa jornada diária ($M=6,00$, $Md=4,00$, $x_{\min}=1,00$; $x_{\max}=24,00$). A prevalência de dificuldade para dormir autorrelatada foi de 51,7%. As análises comparativas revelaram diferenças significativas entre grupos, sendo que as cuidadoras com dificuldade para dormir apresentaram o escore total de sobrecarga mais elevado ($U=7328,00$; $p=0,034$) e as cuidadoras sem dificuldade para dormir apresentaram o escore total de espiritualidade mais elevado ($U=7270,50$; $p=0,020$). Conclui-se que idosas cuidadoras com dificuldade para dormir apresentam maior sobrecarga e menor espiritualidade quando comparadas às cuidadoras sem dificuldade para dormir.

Palavras-Chave: Idoso. Cuidadores. Sono. Estresse Psicológico. Espiritualidade.

ABSTRACT

Spirituality and overload of women older caregivers with and without difficulty sleeping

In the Brazilian context, the responsibility for caring for the older people is commonly attributed to female family members. Daily care tasks can lead to complaints related to difficulty sleeping, generate overload, affect physical and mental health, as well as reduce the time the caregiver spends on work, spiritual and leisure activities. This research aims to verify whether there is an association between self-reported difficulty sleeping, overload and spirituality of women older caregivers of elderly people. This is a descriptive, quantitative and cross-sectional study that will compare data from older women who are informal caregivers of older people treated at Family Health Units in the city of São Carlos - SP, divided into two groups: (a) Group of women older caregivers without self-reported sleeping difficulties (b) Group of women older caregivers with self-reported sleeping difficulties. The data collection instruments used were: (a) Characterization Form for Women Older Caregivers, (b) Spirituality Assessment Scale by Pinto and Pais-Ribeiro and (c) Zarit Burden Scale – Short Version. The data obtained were entered into a bank using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows program to carry out descriptive and comparative statistical analyses. The sample had a mean age of 68.92 years (Md=67.00; x_{\min} =60,00; x_{\max} =98,00), 3.67 years of schooling (Md=4.00; x_{\min} =0,00; x_{\max} =18,00), individual and family income of 0.89 and 3.10 minimum wages (individual and family, respectively). Most were married or had a partner (91.3%, n=240), white (68.1%, n=179), Catholic (63.9%, n=168), practicing a religion (81.4%, n=214), retired (61.2%, n=161), with insufficient income perception (52.2%, n=138) and without health insurance (79.5%, n=209). With regard to the characteristics of care, the responsibility of caring for the spouse was the most frequent (n=230, 87.5%) followed by parents (n=17, 6.5%) and siblings (n=12, 4, 6%). The care, for the most part, was performed without training (n=255, 97.0%), for long periods of time (M=122.37 months, Md=60.0, x_{\min} =0,00; x_{\max} =708,00) and long hours daily (M=6.00, Md=4.00, x_{\min} =1,00; x_{\max} =24,00). The prevalence of self-reported difficulty sleeping was 51.7%. Comparative analyzes revealed significant differences between groups, caregivers with difficulty sleeping presenting the highest total burden score (U=7328.00; p=0.034) and caregivers without difficulty sleeping presenting the highest total spirituality score (U=7270.50; p=0.020). It is concluded that women older caregivers with sleeping difficulties have a greater burden and less spirituality when compared to caregivers without sleeping difficulties.

Keyword: Elderly. Caregivers. Sleep. Psychological Stress. Spirituality.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Comparativo da pontuação geral de sobrecarga segundo a presença ou não de dificuldade para dormir em mulheres idosas cuidadoras (n=263). São Carlos, 2014-2015.

Figura 2 – Comparativo da pontuação geral de espiritualidade segundo a presença ou não de dificuldade para dormir em mulheres idosas cuidadoras (n=263). São Carlos, 2014-2015.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Análises descritivas e comparativas de variáveis sociodemográficas contínuas segundo o autorrelato de dificuldade para dormir em idosas cuidadoras de pessoas idosas (n=263). São Carlos, 2014-2015.

Tabela 2 – Análises descritivas e comparativas de variáveis sociodemográficas categóricas segundo o autorrelato de dificuldade para dormir em idosas cuidadoras de pessoas idosas (n=263). São Carlos, 2014-2015.

Tabela 3 - Análises descritivas e comparativas de variáveis relacionadas ao cuidado segundo o autorrelato de dificuldade para dormir em idosas cuidadoras de pessoas idosas (n=263). São Carlos, 2014-2015.

Tabela 4 – Análises descritivas e comparativas de espiritualidade segundo o autorrelato de dificuldade para dormir em mulheres idosas cuidadoras (n=263). São Carlos, 2014-2015.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVD	Atividades de Vida Diária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DP	Desvio Padrão
FIBRA	Estudo Fragilidade em Idosos Brasileiros
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
M	Média
Md	Mediana
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNI	Política Nacional do Idoso
SABE	Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados Estatísticos
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
UBSs	Unidades Básicas de Saúde
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
USFs	Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Envelhecimento populacional e demanda por cuidadores	
1.2 Cuidadores de pessoas idosas e seu perfil no contexto brasileiro	
1.3 Sono e em mulheres	
1.5 Sobrecarga do cuidador	
1.6 Espiritualidade e envelhecimento	
1.7 Hipótese e pergunta de pesquisa	
2. OBJETIVOS.....	26
2.1 Objetivo geral	
2.2 Objetivos específicos	
3. MÉTODO.....	27
3.1 Delineamento	
3.2 Local e período do estudo	
3.3 Participantes	
3.4 Procedimentos para a coleta de dados	
3.5 Instrumentos de coleta de dados deste estudo	
3.5.1 Ficha de Caracterização da Idosa Cuidadora Informal	
3.5.2 Escala de Avaliação da Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro	
3.5.3 Escala de Sobrecarga de Zarit – Reduzida	
3.6 Aspectos éticos	
3.7 Procedimento de análise dos dados	
4. RESULTADOS.....	31
4.1 Caracterização do perfil sociodemográfico e comparação dos grupos de idosas cuidadoras com e sem dificuldade para dormir autorrelatada	
4.2 Caracterização do cuidado e comparação dos grupos	
4.3 Caracterização e análise comparativa da sobrecarga de mulheres idosas cuidadoras com e sem dificuldade para dormir autorrelatada	
4.4 Caracterização e análise comparativa da espiritualidade de mulheres idosas cuidadoras com e sem dificuldade para dormir autorrelatada	
5. DISCUSSÃO.....	38
6. CONCLUSÕES.....	44

7. REFERENCIAS.....	45
8. ANEXOS.....	59
8.1 Anexo A - Escala de Avaliação da Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro	
8.2 Anexo B - Escala de Sobrecarga de Zarit – Reduzida	
8.3 Anexo C – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	
9. APÊNDICE.....	68
9.1 Apêndice A - Ficha de Caracterização da Idosa Cuidadora Informal	

1. INTRODUÇÃO

1.1 Envelhecimento populacional e demanda por cuidadores

O envelhecimento populacional é um fenômeno global que ocorre devido ao aumento da expectativa de vida e diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade. As estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que, entre 2015 e 2050, a parcela da população mundial com mais de 60 anos quase dobrará, passando de 12% para 22%. Sendo assim, espera-se que este contingente populacional, de 900 milhões de pessoas idosas em 2015, chegue a dois bilhões em 2050 (OMS, 2018).

O Brasil segue a tendência de envelhecimento mundial de forma mais acentuada que o resto do mundo. No mesmo período – entre 2015 e 2050, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) projeta que a proporção de pessoas idosas passará de 8,41% para 21,87%. Em números absolutos, eram 17 milhões, em 2015, e serão 51 milhões, em 2050. Em 35 anos, o mundo duplicará o contingente absoluto de pessoas idosas e o Brasil triplicará (IBGE, 2021).

Os números apresentados evidenciam que, ao contrário do que ocorre nos países desenvolvidos, o envelhecimento da população brasileira é mais rápido e se alinha ao que ocorre em países em desenvolvimento. O envelhecimento populacional acelerado se constitui um desafio importante em áreas diversas como saúde, seguridade social, previdência, habitação, desenvolvimento urbano e mercado de trabalho. Desta forma, o desenvolvimento de políticas públicas e pesquisas sobre formas de promover envelhecimento saudável são cada vez mais importantes (BRASIL, 2017; LI et al., 2019; SIMÃO; MACHADO, 2017; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016)

No contexto individual, o envelhecimento é um processo ininterrupto, universal e heterogêneo que resulta em mudanças fisiológicas, estéticas, psicológicas, ocupacionais e sociais. De acordo com Sgarbieri e Pacheco (2017, p.18), “o envelhecimento ou senescência natural pode ser definido como uma série de alterações funcionais e estruturais cumulativas, progressivas, intrínsecas e deletérias”. Este fenômeno é influenciado por condições ambientais e hábitos de vida (SGARBIERI; PACHECO, 2017; YÁNEZ; APIP; KELLOGG, 2019).

O envelhecimento aumenta a incidência e a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tais como as cardiovasculares, respiratórias, câncer e disfunções neuroendócrinas. Estas doenças aumentam o risco de mortalidade e incapacidade em todo o mundo (DADALTO; CAVALCANTE, 2021; SILVA et al., 2017). Distúrbios do sono, doenças psicológicas, adversidades sociais e declínio da capacidade funcional são problemas comuns entre as pessoas idosas (YÁNEZ; APIP; KELLOGG, 2019).

A literatura aponta que 55 a 98% dos brasileiros idosos têm mais de uma DCNT. Pessoas idosas nesta condição vivem de cinco à dois anos do restante de suas vidas com algum comprometimento funcional, dependência ou incapacidade (RIZZUTO et al., 2017). Neste contexto, surge a necessidade de um cuidador que auxilie na execução de atividades cotidianas (FIGUEIREDO et al., 2021; GARBIN et al., 2010).

1.2 Cuidadores de pessoas idosas e seu perfil no contexto brasileiro

É definido como cuidador, aquele que é responsável por cuidar de indivíduos doentes ou dependentes, auxiliando e/ou fazendo as atividades que a pessoa não consegue fazer sozinha. Cuidar de uma pessoa idosa, geralmente, acontece de forma ininterrupta, com atividades como alimentação, limpeza do ambiente, higiene, transferência, administração de medicações, dentre outras. Por causa do caráter constante e laborioso, o cuidador pode experimentar situações desgastantes e de sobrecarga (BOAVENTURA; BORGES; OZAKI, 2016; DINIZ et al., 2018).

O cuidado pode ser realizado por profissionais, que possuem formação para prestar serviços de assistência à pessoa idosa e à família. Os cuidadores formais são profissionais contratados para fornecer assistência e auxiliar a pessoa com limitações a realizar as atividades e tarefas de vida cotidiana. Além disso, o cuidado pode ser realizado por vizinhos, familiares ou amigos que, voluntariamente, sem remuneração ou treinamento, oferecem cuidados e suporte à pessoa idosa. Este último é chamado de cuidado informal (BATISTA; ALMEIDA; LANCMAN, 2014; BOAVENTURA; BORGES; OZAKI, 2016).

Como a família tem o papel central nos cuidados informais de seus membros, o cotidiano doméstico, em sua maioria, é preenchido, de forma significativa, pela provisão das necessidades físicas, psicológicas e sociais de seus integrantes. Sendo assim, pode-se concluir que é comum que a responsabilidade de cuidados incida em seus membros, especialmente em condições de idade avançada ou tenra, doença e fragilidade. Destarte, a família se constitui como um elemento de atenção à saúde que antecede a atenção primária ou especializada (ARAÚJO; CASTRO; SANTOS, 2018).

A Constituição Federal (CF), a Política Nacional do Idoso (PNI) e o Estatuto da Pessoa Idosa priorizam a família no amparo e cuidado à pessoa idosa (BRASIL, 1988; 1994; 2022). Seja no âmbito familiar ou laboral, as funções relacionadas ao cuidado recaem sobre o sexo feminino. Mesmo com a entrada no mercado de trabalho, a mulher acumulou as responsabilidades do emprego formal, das tarefas domésticas e não se desvinculou do papel central de cuidados a todos os membros da família – filhos, parentes, pessoas deficientes e idosas (ALVES; RESENDE, 2021).

Embora muito se tenha avançado em igualdade de gênero no mercado de trabalho, ainda são encontradas concepções de que as áreas das ciências e das engenharias são mais adequadas a homens, enquanto que as áreas relacionadas com a educação ou saúde são mais adequadas a mulheres. Desta forma, as profissões relacionadas ao cuidado em instituições de saúde, assistência social e educação ainda abarcam significativo contingente feminino (FERNANDES; CARDIM, 2018; SOUZA; PEREIRA; SILVA, 2018).

Quando se trata do cuidado às pessoas idosas dependentes, o perfil de cuidado é majoritariamente informal, realizado por mulheres – esposas, filhas ou noras, que prestam assistência para as atividades de vida diária (AVD), realizam até mesmo cuidados específicos de Enfermagem, sem ter nenhuma qualificação ou preparo para tal. Esta realidade nem sempre é capaz de prover cuidados suficientes e adequados às pessoas idosas e expõem o cuidador à sobrecarga e falta de autocuidado (SANT'ANA; D'ELBOUX, 2019).

Com o envelhecimento populacional, a demanda por cuidados informais é alta e crescente. Estimativas apontam que 10 a 25% da população total da Europa demandam cuidados informais (AKGUN-CITAK et al., 2020). No Brasil, o número de familiares que cuidam de pessoas com 60 anos ou mais cresceu de 3,7 milhões em 2016 para 5,1 milhões em 2019, sendo assim, este grupo representa 10,5% dos 49,1 milhões da população que realizavam cuidados a algum membro da família em 2018. Apesar de a participação dos homens nos afazeres domésticos estar aumentando gradualmente, as mulheres ainda são as principais responsáveis pela organização doméstica, com participação crescente, passando de uma taxa de 89,9% em 2016 para 92,1% em 2019 (IBGE, 2020).

Estima-se que a expectativa de vida média das mulheres seja de cinco a sete anos maior que a dos homens e, na velhice, elas tendem a se responsabilizar pelas tarefas de cuidar dos netos e do cônjuge (LINS; ANDRADE, 2018). No entanto, uma vida longa não significa uma vida melhor. As mulheres idosas acumulam, no decorrer dos anos, várias desvantagens como situação socioeconômica desprivilegiada, salários inferiores aos dos homens, baixa escolaridade, maior vulnerabilidade a situações de violência, dupla jornada de trabalho ou dedicação exclusiva ao cuidado do lar. Além disso, as mulheres idosas continuam a ser responsáveis pelas tarefas de cuidado doméstico e da família, ainda que estejam aposentadas e demandem cuidados em relação a elas próprias. A expectativa social é que as mulheres idosas continuem responsáveis pelos afazeres domésticos diários enquanto forem capazes e, quando não forem, outras mulheres da família assumirão estes afazeres (BATISTA; ALMEIDA; LANCMAN, 2014; LINS; ANDRADE, 2018)

Normalmente, os cuidadores informais não estão preparados para lidar com as doenças e as necessidades de cuidados dos entes queridos. As mudanças de vida e a reorganização de papéis para atender as tarefas contínuas, que acontecem em grande parte no próprio domicílio, podem levar a comportamentos de exclusão social, falta de tempo para cuidar da própria saúde e espiritualidade, isolamento emocional, transtornos mentais e percepções de perda de identidade e de vida. Além disso, sentimento de frustração, impotência e falta de apoio podem propiciar o surgimento de sobrecarga, conflitos pessoais e familiares (PELLOSI et al., 2016; YAVO; CAMPOS, 2016).

Sentimentos negativos e baixa qualidade de vida do cuidador podem impactar na qualidade da assistência prestada, prejudicar a saúde da pessoa receptora de cuidados e do próprio cuidador. Não raramente, os cuidadores apresentam doenças como hipertensão, diabetes, dor lombar e distúrbios emocionais como estresse, sobrecarga e depressão (PELLOSI et al., 2016; LUCENA; ALBUQUERQUE, 2021). Além disso, estudos apontam que os cuidadores têm sono de pior qualidade, com redução da duração em 2,42 a 3,50 horas por semana devido à dificuldade em adormecer e manter o sono (GAO; CHAPAGAIN; SCULLIN, 2019).

1.3 Sono e envelhecimento

O sono é descrito como um estado vital, complexo e periódico. É uma necessidade biológica fundamental para o descanso, manutenção e restauração do bem-estar físico e mental. Durante o sono normal, verifica-se redução da sensibilidade aos estímulos ambientais e diminuição da atividade motora. A abstenção e as perturbações do sono podem causar alterações fisiológicas e comportamentais deletérias com implicações significativas no funcionamento ocupacional, físico, cognitivo, psicológico e social, bem como na qualidade de vida. Em casos extremos, a falta de sono pode colocar a vida em perigo (GAJARDO et al., 2021).

A duração de sono varia ao longo da vida e de pessoa para pessoa. Para indivíduos saudáveis, a duração do sono considerada normal é de 14 a 17 horas para recém-nascidos, de 11 a 15 horas para bebês, 9 a 13 horas para crianças, 8 a 10 horas para adolescentes, 7 a 9 horas para jovens e adultos e 7 a 8 horas para pessoas idosas. A *National Sleep Foundation* admite que variações que extrapolem os parâmetros publicados não são necessariamente patologias, mas desvios acentuados devem ser contemplados com cautela, pois estas pessoas têm maiores chances de apresentar comprometimentos do bem-estar e da saúde (HIRSHKOWITZ et al., 2015).

Um sono irregular causa alterações no ciclo circadiano e pode levar a modificações de processos fisiológicos - como secreção de hormônios, homeostase glicêmica, temperatura corporal, progressão do ciclo celular e metabolismo de fármacos. O sono desregulado modifica até mesmo o comportamento alimentar. A literatura aponta relação entre distúrbios do sono e problemas de saúde, como hipertensão, diabetes mellitus e resistência à insulina, obesidade, câncer, doenças psiquiátricas e cardiovasculares (KHAN et al., 2018).

Atualmente, problemas relacionados à dificuldade para dormir e duração do sono não têm relação apenas com condições de fisiológicas. Fatores ambientais, avanços tecnológicos e sociais também se mostram significativamente relevantes. Os adultos estão dormindo menos para trabalhar mais e a qualquer hora, realizar suas tarefas laborais e domésticas e acessar computadores, telefones celulares, internet e ver televisão inclusive em períodos noturnos (KRONHOLM et al., 2008).

À medida que a pessoa envelhece, as queixas de sono tornam-se mais frequentes. A prevalência de queixas de sono entre pessoas idosas de países de baixa e média renda varia de 9,1% (China) a 37,7% (Índia). As variáveis associadas às queixas de sono são sexo feminino, residir em áreas urbanas, baixo nível educacional, pouca atividade física, presença de dor, saúde precária, depressão, comprometimento cognitivo e comorbidades (MAZZOTTI et al., 2012).

Entre as pessoas idosas, estudos apontam elevada frequência de queixas relacionadas ao sono tais como fragmentação, interrupções e despertares frequentes, aumento do tempo para início do sono, dificuldades respiratórias e ronco. Estas alterações nos padrões de sono acarretam em diminuição de sua eficiência, conseqüentemente, pode ocorrer sonolência diurna, diminuição do estado de alerta, necessidade de cochilos curtos e diminuição da quantidade total de horas do sono no período de 24 horas (AMORIM et al., 2021; GEIB et al., 2003; MUGEIRO, 2011; TÉLLEZ et al., 2016).

Contudo, a diminuição da qualidade do sono pode não ser somente em função da idade avançada, mas de outros fatores que acompanham o envelhecimento – como doenças clínicas e psiquiátricas, distúrbios neuroendócrinos e o aumento do número de medicamentos usados (GAJARDO et al., 2021; NEIKRUG; ANCOLI-ISRAEL, 2010). Segundo Moreno (2018), idade, sexo, doença articular, noctúria e incontinência urinária estão relacionados aos distúrbios do sono.

Especificamente entre mulheres, situações estressantes e adversas podem desencadear alterações no padrão do sono. Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos, com dados de 330 mulheres de meia idade, apontou que altos níveis de estresse crônico estão associados ao

aumento de queixas de qualidade do sono. Dentre as queixas, as participantes reportaram despertares noturnos frequentes e dificuldade para iniciar o sono (HALL et al., 2015).

Segundo a literatura, ser cuidador de pessoas idosas pode modificar a quantidade e qualidade do sono e, conseqüentemente, aumentar a vulnerabilidade a doenças e transtornos emocionais como estresse, ansiedade e depressão. Os sentimentos negativos relacionados ao cuidado, as responsabilidades exaustivas e a sobrecarga também podem prejudicar o sono (PENG; LORENZ; CHANG, 2019). Em consonância, Pereira e Soares (2015), em uma revisão integrativa que teve como objetivo investigar os fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador informal, verificaram alta prevalência de dificuldade para dormir em cuidadores de pessoas idosas. Além disso, os cuidadores que apresentaram insônia apresentavam mais sintomas depressivos e eram mais sobrecarregados.

1.4 Sono em mulheres

O sono é diferente entre homens e mulheres. As mulheres relatam má qualidade do sono especialmente em períodos associados a fases como ciclo menstrual, gravidez, climatério e idade muito avançada (PROSERPIO et. al, 2020). Distúrbios do sono no sexo feminino, como insônia e hipersonia, são bem documentados na literatura (CONSTANZI et al., 2021). A qualidade do sono em mulheres pode ser impactada por fatores fisiológicos – principalmente hormonais e relacionados a períodos de gestação, maternidade e climatério, e externos – como situação financeira, questões conjugais e responsabilidades com o cuidado de filhos e familiares (CONSTANZI et al., 2021).

No que tange os fatores hormonais e a idade, o climatério é um processo fisiológico que se inicia na quarta década de vida e estende até o envelhecimento. Não é considerado uma doença ou transtorno e se refere a um período de transição entre a vida reprodutiva e não reprodutiva de uma mulher. Seus efeitos hormonais são causados pelo declínio na produção de estrogênio (estradiol) que levam a alterações no sistema cardiovascular, cerebral, cutâneo, geniturinário, ósseo e vasomotor, além de alterações no humor e apetite. Além disso, o aumento da síntese de cortisol causado por situações estressantes no climatério tende a interferir diretamente no humor e no comportamento do sono (LIMA et. al, 2019; SELBAC et. al, 2018).

A prevalência de distúrbios do sono aumenta no climatério, sendo o despertar noturno a queixa mais comum. Isso decorre de um sintoma comum nesta fase que são as ondas de calor na área do rosto e do peito, juntamente com a sudorese. Tais eventos duram em média três minutos e se intensificavam durante a noite, resultando em despertares frequentes que determinam a fragmentação e perda da qualidade do sono (LIMA et. al, 2019).

Os distúrbios do sono não afetam somente a qualidade de vida, pode haver queda de produtividade no trabalho e aumento na utilização de serviços de saúde. Os efeitos podem se prolongar nos anos seguintes à transição da menopausa, prejudicando a saúde e o bem-estar em longo prazo. Além das alterações hormonais, é importante considerar para as questões de qualidade do sono, o próprio processo de envelhecimento fisiológico e as alterações psicossociais que se dão na maturidade e velhice (BACKES et. al, 2022).

Embora estudos epidemiológicos tenham demonstrado a influência da menopausa na duração do sono e a elevada prevalência de queixas relacionadas à qualidade do sono em mulheres, existe considerável diversidade em relação à gravidade dos distúrbios e suas causas. Isto decorre das características clínicas típicas da insônia, como ruminação, ansiedade e hiperexcitação generalizada, que se sobrepõem a aspectos específicos relacionados às condições de saúde, demográficas e hábitos de vida de cada indivíduo (BAKER et.al, 2018).

No que tange os fatores externos, a situação financeira e ocupacional se mostra como importante fator associado a queixas relacionadas ao sono. Segundo Lima et al. (2021), em estudo realizado durante a pandemia, com amostra ponderada pelos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), a situação financeira, questões ocupacionais e a carga doméstica tinham influência na deterioração da qualidade do sono autorreferida. Neste contexto, vale destacar que o trabalho doméstico exaustivo e demasiado foi referido por 20,2% da população, com percentual duas vezes maior entre as mulheres. A dupla jornada de trabalho, quando se leva em consideração as tarefas domésticas, acarretam em cansaço, nervosismo, preocupação e pouco tempo para o descanso – fato que limita ou piora a qualidade do sono no sexo feminino (LIMA et al., 2021).

As questões conjugais e familiares também podem interferir na qualidade do sono das mulheres adultas e idosas. No entanto, as evidências ainda são fracas no que se refere às diferenças de sexo nas questões de tensão familiar e distúrbios do sono. As relações familiares harmoniosas, com disponibilidade de apoio emocional e conforto, reduzem os prejuízos gerados por eventos estressantes que, por sua vez, influenciam o sono. Além disso, as mulheres relatam com maior frequência que o estresse familiar afeta o seu sono, sugerindo que esta variável pode ser mais importante para o sono das mulheres. Outra colocação dos autores foi que o uso de medicamentos para dormir é mais comum no sexo feminino (AILSHIRE; BURGARD, 2012).

As responsabilidades com o cuidado, social e culturalmente atribuídas às mulheres (CONSTANZI et al., 2021), trazem elevado risco de sono de má qualidade, principalmente por ser crescente o número de pessoas mais velhas que se responsabilizam por cuidados – de netos,

filhos, cônjuges e outros parentes, pelas comorbidades que se acumulam com o tempo e pela sobrecarga física e mental do cuidado (SONG et al., 2021).

1.5 Sobrecarga do cuidador

Na literatura gerontológica, a sobrecarga é descrita como os efeitos negativos que as tarefas de cuidar trazem para o cuidador. Existem duas dimensões deste construto, a objetiva e a subjetiva. Segundo Maurin e Boyd (1990), a sobrecarga objetiva é observável e traz ônus concretos para o lar, tais como acúmulo de tarefas, desestruturação da vida cotidiana, falta de tempo para o autocuidado, conflitos familiares e prejuízos financeiros. Por outro lado, a sobrecarga subjetiva está associada à avaliação que cada pessoa faz de sua situação, do convívio com a pessoa dependente, da responsabilidade e das preocupações que envolvem o cuidado (MARONESI et al., 2014).

Não é raro que este construto seja referido predominantemente no sentido negativo, estando relacionado a um "peso" e/ou "fardo" na tarefa de cuidar da pessoa dependente. Entretanto, o conceito é mais amplo e se refere a um conjunto de acontecimentos adversos, problemas e/ou dificuldades que afetam a vida daqueles que têm relação relevante com a pessoa que precisa de cuidados. A sobrecarga pode apresentar-se a partir das consequências da interação com os sintomas e os comportamentos da pessoa dependente que levam a alterações no cotidiano, nas relações familiares e sociais, na vida doméstica, no lazer ou na falta dele e na saúde física e mental do cuidador (CAMARENA et al., 2021; SCHENE, 1990).

Não raramente, os cuidadores envolvidos priorizam a pessoa dependente e esquecem deles mesmos por causa da complexidade das tarefas relacionadas ao cuidado, além de deixarem de lado suas necessidades e as atividades que proporcionam satisfação de viver. Ao longo do tempo, podem surgir conflitos psicológicos com a combinação, alternância ou predomínio de sentimentos negativos e/ou positivos. Os sentimentos positivos estão associados a sensação de importância e reconhecimento social, dever cumprido, aprendizado, capacidade, bondade, amor e compaixão. Por outro lado, os sentimentos negativos se relacionam à perda de liberdade, preocupação, estresse, aflição, medo, insegurança, falta de apoio, cansaço, solidão e impotência (FERREIRA; CORIOLANO; LINS, 2017).

Esses sentimentos conflitantes são considerados sintomas de sobrecarga e surgem por consequência do cuidado contínuo. Prestar cuidados a uma pessoa idosa pode trazer sobrecarga física e emocional, além disso, o cuidador possui maiores chances de desenvolver sintomas depressivos, ansiedade, tabagismo, pior estado de saúde e de consumir substâncias hipnóticas e ansiolíticas. A perda da capacidade em executar as AVD e a progressiva dependência é um

fato que demanda cuidado mais intenso e atenção (DEL-PINO-CASADO et al., 2021; MENDES et al., 2019).

Estudos apontam que, em comparação com a população em geral, cuidadores apresentam pior estado geral de saúde. A deterioração da saúde mental do cuidador aumenta proporcionalmente ao tempo gasto com o cuidado. Além disso, cuidar tem implicações financeiras como aumento nos gastos com luz, água, suprimentos médicos, transporte e adaptações do ambiente doméstico (MINAYO, 2021).

Atualmente, a literatura evidencia alta prevalência de pessoas idosas cuidando de outras pessoas mais dependentes. Quando o cuidador é também uma pessoa idosa, os demais membros da família e os profissionais de saúde precisam estar atentos, de modo constante, às condições de saúde deste cuidador idoso (ORLANDI et al., 2019).

O cuidador idoso é um duplo desafio para a atualidade, pois este pode apresentar os declínios fisiológicos e funcionais comuns do envelhecimento que vão impactar, de formas diversas, no desempenho e qualidade do cuidado prestado. Ademais, as pessoas idosas estão mais susceptíveis a negligenciar ou não ser capaz de manter o seu próprio cuidado, aumentando a vulnerabilidade de ambos às doenças físicas e emocionais que, por sua vez, comprometem a qualidade de vida e a saúde (NUNES et al., 2018).

Os cuidadores idosos carecem ainda mais de apoio da família, dos profissionais de saúde e de espaços para compartilhar dúvidas e anseios. Este fato reafirma “a necessidade de implementação de políticas públicas voltadas para a atenção à saúde do cuidador, assim como ações para instrumentalizar as famílias para a assistência efetiva a seus familiares idosos mais dependentes” (NUNES et al., 2018, p. 10).

Segundo Pereira e Soares (2015), as variáveis que influenciam na qualidade de vida de cuidadores são depressão, má qualidade do sono, apoio e suporte social recebido, realização de atividades de lazer, problemas de saúde preexistentes, acesso aos serviços de saúde, religiosidade e espiritualidade. A espiritualidade em mulheres, na maioria das vezes, está relacionada com alta resiliência, baixa renda, baixo nível educacional e ser casada. As crenças espirituais estão associadas ao melhor enfrentamento diante das adversidades, minimização do sofrimento e melhor saúde percebida (FONTES; NERI, 2015).

1.6 Espiritualidade e envelhecimento

A espiritualidade é um conjunto de emoções e convicções, de natureza não material, que presume a existência de algo que extrapola o que se pode perceber ou compreender. Desta forma, o indivíduo tende a refletir positivamente sobre questões como o significado e o sentido

da vida. Ela é importante para a cultura e a vida social, além de influenciar na saúde física e mental (MOLINA et al., 2020).

Diversos estudos têm apontado que a espiritualidade proporciona elaboração subjetiva de relevância à existência, que aumenta a motivação para o enfrentamento e superação de adversidades. A espiritualidade é, também, um indicador objetivo da qualidade de vida, tão importante quanto o componente físico, mental, ambiental e social. Reconhecendo a importância da espiritualidade para a qualidade de vida do indivíduo, a OMS incluiu a espiritualidade nos domínios a serem considerados na avaliação e na promoção de saúde em todas as idades (FORTI; SERBENA; SCADUTO, 2020).

O cuidado integral em saúde tem como objetivo dar atenção ao indivíduo como um todo, e não somente às doenças – sendo as condições psicológicas, mentais, sociais e espirituais igualmente importantes. A dimensão espiritual enriquece o ser humano com o entendimento de que a existência vai além da sobrevivência, da saúde e da doença. Assim, a implantação de um cuidado biopsicossocial-espiritual é conceber o ser humano completo e dar atenção a todas as dimensões de qualidade de vida. A inserção da religiosidade e da espiritualidade no cuidado é de reconhecida importância (BARBOSA et al., 2021).

Ao longo da história, percebe-se evolução e reorganização no papel e na função da espiritualidade. No passado, esta era diretamente relacionada à religião e crenças religiosas. Atualmente, a espiritualidade é mais livre, podendo ser expressa na fé individual sem o compromisso formal da religião. A religiosidade e a espiritualidade influenciam o comportamento humano, não apenas pessoal, mas também do coletivo (CATRÉ, 2016).

Para Lucchetti, Lucchetti e Avezum Júnior (2011), existe relação entre crenças, hábitos religiosos e saúde física, pois, indivíduos com crenças espirituais/religiosas apresentam menor prevalência de doenças coronárias, hipertensão e doenças infecciosas. Além disso, Moreira-Almeida, Lotufo Neto e Koenig (2006) e Dalgalarondo (2006) afirmam que indivíduos com maior religiosidade/espiritualidade relatam bem-estar geral, apresentam menor incidência de depressão e ansiedade e, menor prevalência de uso e abuso de substâncias psicoativas e comportamento suicida.

A espiritualidade e a religiosidade são instrumentos importantes no enfrentamento das adversidades e das perdas que são mais frequentes na velhice. Ao longo do ciclo vital, as pessoas acumulam perdas fisiológicas, funcionais, sociais, financeiras, psicológicas e de pessoas queridas. Essas perdas, especialmente nas últimas etapas do ciclo vital, fazem com que a pessoa idosa comece a se conscientizar, de forma mais concreta, de sua finitude e passe a ter necessidade de encontrar sentido e propósito para a vida (ESPERANDIO et al., 2019).

No contexto existencial, a espiritualidade pode ser vista na velhice como um dos recursos de enfrentamento para as adversidades, fortalecendo os fatores emocionais e motivacionais. A espiritualidade proporciona sentido de propósito e significado existencial e é associada ao aumento da capacidade de resposta positiva às diversas demandas do cotidiano. As várias definições de espiritualidade abarcam ideias de conexão com poder divino, comunhão com algo sagrado e transcendência da vida. A espiritualidade é um aspecto importante da existência humana e, na velhice, ela está relacionada ao enfrentamento de situações do cotidiano e na preparação para a morte (GUTZ; CAMARGO, 2013).

A associação entre qualidade de vida e espiritualidade está bem documentada na literatura. O avanço dos estudos sobre qualidade de vida, impulsionados pela OMS, estão evidenciando a relação direta e consistente entre saúde e questões espirituais. Desta forma, há um interesse relativamente recente e crescente de profissionais de saúde e pesquisadores em compreender melhor a espiritualidade (PEREIRA; SOARES, 2015).

Além disso, a espiritualidade é importante no enfrentamento de doenças crônicas e ajuda o indivíduo a ter esperança, resignação e paz diante de acontecimentos graves (CHAVES et al., 2010). Familiares frequentemente encontram esperança, força e conforto em crenças religiosas e espirituais para suportar as dificuldades durante doenças crônicas ou terminais de seus entes queridos. A espiritualidade aparece como uma força unificadora, integrando componentes biológicos, psicológicos e sociais, incluindo ou excluindo o cunho religioso, de acordo com o sistema de crenças individuais (SÁ VIANNA; SOUZA, 2017).

Por fim, Sá Vianna e Souza (2017) afirmam que a fé e as crenças religiosas dos cuidadores e receptores de cuidados precisam ser consideradas no cuidado da saúde. Os cuidados, especialmente nas últimas etapas do ciclo vital, precisam ter atmosfera acolhedora, humanizada e de proximidade entre todos os envolvidos. Desta forma, faz-se importante incorporar a espiritualidade como uma dimensão da qualidade de vida tão importante quanto às demais dimensões – social, psicológica e de saúde, que fazem parte do processo de bem cuidar.

1.7 Hipótese e pergunta de pesquisa

É evidente na literatura que o sono de boa qualidade é importante para a saúde e bem-estar das pessoas – sejam elas idosas ou jovens, cuidadoras ou não cuidadoras. Porém, as responsabilidades do cuidado, bem como o envelhecimento, podem levar a alterações significativas do sono com implicações em todos os domínios da qualidade de vida, especialmente se o indivíduo for uma pessoa idosa e cuidadora. Embora existam estudos sobre espiritualidade e sobrecarga dos cuidadores em geral, estes não abordam especificamente a

associação com a dificuldade para dormir de mulheres idosas cuidadoras informais de outras pessoas idosas. Este recorte feminino da amostra é interessante visto que os cuidadores são, em sua maioria, do sexo feminino e as pesquisas não costumam fazer este delineamento.

É importante salientar que questões psicoemocionais e espirituais são experimentadas de modos diferentes entre os sexos. Além disso, provavelmente, existe uma espiral descendente importante entre sono, sobrecarga e espiritualidade, ou seja, quando uma variável se encontra desfavorável, as demais tendem a se alinhar negativamente. A hipótese deste estudo é que idosas cuidadoras com dificuldade para dormir tenham maiores níveis de sobrecarga e menor espiritualidade.

Considerando a alta prevalência de dificuldade para dormir na velhice, o aumento do número de pessoas idosas que cuidam de seus familiares, o perfil feminino dos cuidadores de brasileiros, a sobrecarga no contexto de cuidados e a importância da espiritualidade para a qualidade de vida das pessoas, o presente estudo tem como pergunta de pesquisa: Existe associação entre autorrelato de dificuldade para dormir, sobrecarga e espiritualidade em mulheres idosas cuidadoras informais?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Verificar se existe associação entre autorrelato de dificuldade para dormir, sobrecarga e espiritualidade em mulheres idosas cuidadoras informais de pessoas idosas atendidas em Unidades de Saúde da Família (USFs) do município de São Carlos, São Paulo, Brasil.

2.2 Objetivos específicos

Caracterizar o perfil sociodemográfico de mulheres idosas cuidadoras informais de pessoas idosas.

Comparar e identificar variáveis sociodemográficas que se diferem segundo a presença ou não de dificuldade para dormir.

Descrever e analisar a sobrecarga e a espiritualidade da amostra.

Comparar a sobrecarga e espiritualidade de mulheres idosas cuidadoras com e sem dificuldade para dormir autorrelatada.

3. MÉTODO¹

3.1 Delineamento

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal e quantitativo.

3.2 Local e período do estudo

A coleta de dados foi realizada nos anos de 2014 e 2015¹ na cidade de São Carlos, um município de porte médio, localizado no interior do estado de São Paulo, Brasil. Em 2010, o número total de habitantes de São Carlos era de 221.692 e o total de pessoas com 60 anos ou mais era de 28.620, o que correspondia a 12,91% da população total. Em 2020, a população passou para 242.632 e, destes, 40.883 eram pessoas idosas – o que representa 16,85% da população (FUNDAÇÃO SEADE, 2010; 2020).

Na época da coleta de dados, o município contava com 16 USFs. Atualmente, a cidade dispõe de 21 USF, sendo duas localizadas em área rural. Em abril de 2014, a cobertura populacional estimada de equipes de saúde da família era de 24,8% (n=58.650) (BRASIL, 2017; PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS, 2020).

3.3 Participantes

A amostra foi constituída a partir dos dados coletados pelo Grupo de Pesquisa do qual a orientadora, coorientadora e a pesquisadora fazem parte. O banco de dados original era composto por informações de 351 pessoas idosas cuidadoras de pessoas idosas de ambos os sexos. Para atender o recorte feminino proposto, foram excluídos para as análises, 84 homens e 4 mulheres que apresentavam dados faltantes relacionados à sobrecarga e espiritualidade.

Assim, as participantes foram 263 idosas cuidadoras informais cadastrados nas USF do município de São Carlos – SP, divididas em dois grupos assim denominados:

- (a) Grupo de idosas cuidadoras sem dificuldade para dormir autorrelatada,
- (b) Grupo de idosas cuidadoras com dificuldade para dormir autorrelatada.

Os critérios de inclusão foram:

- (a) Ser cadastrado em uma das USF do município de São Carlos;
- (b) Ter 60 anos ou mais de idade;

¹ Em função da pandemia, das medidas restritivas de circulação na época do desenvolvimento desta pesquisa e dos critérios de inclusão de participantes envolver pessoas com elevado fator de risco para o agravamento da Covid-19, este estudo foi desenvolvido com dados coletados pelo Grupo de Pesquisa “Saúde e Envelhecimento” em data que antecede a pandemia.

- (c) Prestar cuidados a um familiar idoso residente no mesmo domicílio que fosse dependente em pelo menos uma atividade instrumental de vida diária (AIVD);
- (d) Ser do sexo feminino;
- (e) Ter dados de dificuldade para dormir, sobrecarga e espiritualidade completos no banco de dados do Grupo de Pesquisa.

A partir do número total aproximado de pessoas idosas atendidas nas USFs do município de São Carlos (n=9.627) e estimativa de que 56% eram do sexo feminino (n=5391), calculou-se que 263 idosas constituíram uma amostra com nível de confiança de 95% e margem de erro de 6,0%. Este cálculo foi realizado por meio da plataforma *Survey Monkey*®, disponível em <https://pt.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/#>.

3.4 Procedimentos para a coleta de dados

Na época da coleta de dados, foi solicitada a cada uma das USF do município uma relação dos domicílios que continham pessoas idosas que moravam com outras pessoas idosas com seus respectivos nomes, idades e endereços para a realização do primeiro contato. De posse dessa lista, as casas foram visitadas e os moradores esclarecidos sobre a pesquisa, seus objetivos e convidados a responder os instrumentos de coleta de dados.

Em caso de aceite, foi agendado um horário e local, segundo a conveniência dos participantes, para a aplicação de um protocolo de coleta de dados.

3.5 Instrumentos de coleta de dados deste estudo

3.5.1 Ficha de Caracterização da Idosa Cuidadora Informal (APÊNDICE A)

Trata-se de um questionário elaborado pelo próprio Grupo de Pesquisa para caracterização da amostra. As variáveis coletadas foram idade (em anos), estado civil (casada/com companheiro, solteira, viúva ou divorciada/separada/desquitada), escolaridade (em anos), cor da pele (branca, parda, preta, amarela ou indígena), religião (tem ou não tem; se tem, qual e se pratica ou não pratica), aposentadoria (sim ou não), renda individual e familiar (em reais, se considera suficiente: sim ou não), plano de saúde (tem ou não tem), e características do cuidado - de quem cuida (cônjuge/ pais/sogro(a)/irmão(ã)/outro), há quanto tempo (em anos), dedicação diária (em horas) e treinamento para o cuidado (sim ou não).

Nesta ficha, havia uma questão específica sobre dificuldade para dormir autorrelatada: “A Sra. tem dificuldade para dormir?” com as opções de resposta “sim” ou “não”. A partir desta questão foram formados os grupos comparativos.

3.5.2 Escala de Avaliação da Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro (ANEXO A)

Construída e desenvolvida por Pinto e Pais-Ribeiro (2007) para o contexto brasileiro, este instrumento é composto por cinco questões sobre o significado da vida, em uma perspectiva positiva e de esperança. As pontuações de cada item são consideradas segundo uma escala Likert de quatro pontos que variam de “1 = não concordo” a “4 = plenamente de acordo”. A análise fatorial resultou em duas subescalas. Uma é composta por dois itens, envolvendo a dimensão vertical da espiritualidade, denominada "crença", e a outra parte tem três itens, envolvendo a dimensão horizontal da espiritualidade, denominada "esperança/otimismo". A pontuação de cada subescala é feita pela média dos itens: “Crenças = (Questão1 + Questão2) /2”; “Esperança/otimismo = (Questão3 + Questão4 + Questão5) /3” (PINTO; PAIS RIBEIRO, 2007). A média da pontuação pode variar de 1 a 4 sendo que quanto maior o valor obtido em cada item, maior a concordância com a dimensão avaliada. O ponto médio é de 2,5, portanto, valores menores a esse, correspondem a escores baixos e os superiores a escores elevados (CHAVES et al., 2010).

3.5.3 Escala de Sobrecarga de Zarit – Reduzida (ANEXO B)

Foi desenvolvida por Zarit e Zarit em 1983, validada e traduzida por Scazufca, Menezes e Almeida (2002) para o contexto brasileiro. É utilizada para avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal. Possui 22 itens relacionados ao impacto do cuidado na saúde física e emocional, atividades sociais e finanças do cuidador. As respostas são distribuídas em uma escala Likert de cinco pontos (0 = “nunca/nenhum pouco” a 4 = “sempre/extremamente”). O escore total se dá pela somatória de todos os itens e varia de 0 a 88 pontos. Os escores altos denotam maior sobrecarga do cuidador (SEQUEIRA, 2010).

Embora os criadores da escala não tenham estabelecido pontos de corte na escala, alguns autores fazem classificação da sobrecarga em intensa (escore entre 61 e 88), moderada a severa (escores entre 41 e 60), moderada a leve (escores entre 21 e 40) e sobrecarga leve (escores inferiores a 21) (CESÁRIO et al., 2020; COSTA et al., 2020).

3.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (CEP-UFSCar) (parecer 4.804.872, CAAE 45904621.7.0000.5504) (ANEXO C). Todas as diretrizes éticas contidas na Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre pesquisas com seres humanos foram respeitadas (BRASIL, 2012).

Quando a coleta de dados foi realizada, em 2014 e 2015, os participantes foram informados acerca dos objetivos da pesquisa, consultados sobre a disponibilidade em participar, assegurados do sigilo das informações individuais e do direito de interromper sua participação a qualquer momento durante a coleta de dados, sem compromisso de justificativa. É importante ressaltar que os indivíduos somente participaram da pesquisa após darem seu consentimento.

Não foi observado qualquer tipo de dano físico ou psíquico no momento da coleta de dados. Todos os instrumentos escolhidos para a realização da coleta de dados foram validados para a cultura brasileira e são amplamente utilizados no meio acadêmico-científico.

3.7 Procedimento de análise dos dados

Os dados obtidos foram digitados em um banco no programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows* Versão (21.0). Para a análise dos dados, primeiramente foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov no qual foi verificada a não normalidade dos dados. Desta forma, serão realizadas, as seguintes análises não paramétricas:

- Para caracterizar o perfil sociodemográfico, do contexto de cuidados, de sobrecarga e espiritualidade da amostra de cuidadoras idosas segundo o relato de dificuldade ou não para dormir: análises descritivas (Frequência Absoluta e Relativa, Média, Mediana e Desvio Padrão);

- Para comparar e identificar variáveis sociodemográficas que se diferem segundo relato de dificuldade ou não para dormir: (a) Teste de Qui-Quadrado de Pearson ou teste Exato de Fisher para comparar as proporções das variáveis categóricas (estado civil, cor da pele, religião, prática da religião, aposentadoria, percepção de suficiência da renda, plano de saúde e sobre os cuidados - de quem cuida e se recebeu treinamento para as tarefas de cuidado), e (b) Teste de Mann-Whitney para comparar a média das variáveis contínuas (idade, escolaridade, renda individual e renda familiar, tempo de cuidador, horas de dedicação diária para os cuidados);

- Para comparar a proporção de idosas em diferentes níveis de sobrecarga segundo o relato de dificuldade ou não para dormir: Teste de Qui-Quadrado de Pearson;

- Para comparar os escores de sobrecarga de idosas com e sem dificuldade para dormir: Teste de Mann-Whitney;

- Para comparar os escores de espiritualidade de idosas com e sem dificuldade para dormir: Teste de Mann-Whitney.

Foi considerado como nível de significância estatística o valor de 5% ($p < 0,05$).

4. RESULTADOS

4.1 Caracterização do perfil sociodemográfico e comparação dos grupos de idosas cuidadoras com e sem dificuldade para dormir autorrelatada

Das 263 idosas cuidadoras, 136 tinham dificuldade para dormir autorrelatada (51,7%). A amostra tinha idade média de 68,92 anos (Md=67,00; DP=6,82; $x_{\text{mín}}=60,00$; $x_{\text{máx}}=98,00$) e 3,67 anos de escolaridade (Md=4,00; DP=3,37; $x_{\text{mín}}=0,00$; $x_{\text{máx}}=18,00$). As rendas individual e familiar eram de R\$ 647,93 e R\$ 2.239,93, respectivamente (renda individual: Md=724,00; DP=729,77; $x_{\text{mín}}=0,00$; $x_{\text{máx}}=6.000,00$; renda familiar: Md=1.724,00; DP=1.474,70; $x_{\text{mín}}=724,00$; $x_{\text{máx}}=10.000,00$). Visto que o salário mínimo vigente na época da coleta de dados, 2014 e 2015, era de R\$ 724,00 e R\$ 788,00, e considerando o menor valor (R\$ 724,00), as rendas eram em média de 0,89 e 3,10 salários mínimos (individual e familiar, respectivamente).

As análises comparativas não revelaram diferenças significativas entre os grupos em relação às variáveis idade, escolaridade e renda ($p>0,05$). Os dados descritivos e comparativos completos de variáveis sociodemográficas contínuas segundo o autorrelato de dificuldade para dormir das cuidadoras constam detalhadamente na Tabela 1.

Tabela 1 – Análises descritivas e comparativas de variáveis sociodemográficas contínuas segundo o autorrelato de dificuldade para dormir em idosas cuidadoras de pessoas idosas (n=263). São Carlos, 2014-2015.

GRUPO	Grupo sem dificuldade para dormir	Grupo com dificuldade para dormir	Todos os Grupos	Análises Comparativas	
				U	p
VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS				Mann-Whitney	
Idade (anos)	n=127	n=136	n=263	7585,00	0,088
Média	68,39	69,41	68,92		
Mediana	67,00	68,50	67,00		
DP	6,918	6,71	6,82		
Mínimo	60,00	60,00	60,00		
Máximo	95,00	98,00	98,00		
Escolaridade (anos)	n=127	n=136	n=263	7857,00	0,196
Média	3,94	3,43	3,67		
Mediana	4,00	3,00	4,00		
DP	3,53	3,21	3,37		
Mínimo	0,00	0,00	0,00		
Máximo	18,00	15,00	18,00		
Renda Individual (reais)	n=121	n=135	n=256	7059,00	0,050
Média	736,43	568,60	647,93		
Mediana	724,00	724,00	724,00		
DP	820,79	629,88	729,77		
Mínimo	0,00	0,00	0,00		

Máximo	6.000,00	4.500,00	6.000,00		
Renda Familiar (reais)	n=113	n=129	n=242	6849,00	0,416
Média	2.287,26	2.198,47	2.239,93		
Mediana	1.724,00	1.800,00	1.724,00		
DP	1.334,34	1.591,54	1.474,70		
Mínimo	724,00	724,00	724,00		
Máximo	6.724,00	10.000,00	10.000,00		

No que tange às variáveis sociodemográficas categóricas, as cuidadoras eram predominantemente casadas ou com companheiro (91,3%, n=240), de cor branca (68,1%, n=179), católicas (63,9%, n=168), praticantes de uma religião (81,4%, n=214), aposentadas (61,2%, n=161), com percepção de renda insuficiente (52,2%, n=138) e sem plano de saúde (79,5%, n=209).

As análises comparativas não revelaram diferença significativa entre os grupos ($p>0,05$). Os dados descritivos e comparativos completos de variáveis sociodemográficas contínuas segundo o autorrelato de dificuldade para dormir das cuidadoras são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Análises descritivas e comparativas de variáveis sociodemográficas categóricas segundo o autorrelato de dificuldade para dormir em idosas cuidadoras de pessoas idosas (n=263). São Carlos, 2014-2015.

GRUPO	Grupo sem dificuldade para dormir	Grupo com dificuldade para dormir	Todos os Grupos	Análises Comparativas		
				Qui-Quadrado de Pearson ou Fisher ^F	X ²	gl
VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS	n (%)	n (%)	n (%)			
Estado Civil				0,928	3	0,819
Com companheiro	118 (92,9)	122 (89,7)	240 (91,3)	1,056 ^F		0,823
Solteira	3 (2,4)	4 (2,9)	7 (2,7)			
Separada/Divorciada	1 (0,8)	2 (1,5)	3 (1,1)			
Viúva	5 (3,9)	8 (5,9)	13 (4,9)			
Total	127 (100,0)	136 (100,0)	263 (100,0)			
Cor da Pele				4,450	4	0,349
Branca	90 (70,9)	89 (65,4)	179 (68,1)	4,288 ^F		0,294
Preta	9 (7,1)	17 (12,5)	26 (9,9)			
Mulata/Parda	26 (20,5)	30 (22,1)	56 (21,3)			
Indígena	1 (0,8)	0,00	1 (0,4)			
Amarela	1 (0,8)	0,00	1 (0,4)			
Total	127 (100,0)	136 (100,0)	263 (100,0)			
Religião				7,953	7	0,337
Católica	87 (68,5)	81 (59,6)	168 (63,9)	7,942 ^F		0,301
Evangélica	28 (22,0)	37 (27,2)	65 (24,7)			
Congregação Cristã	6 (4,7)	5 (3,7)	11 (4,2)			
Adventista	2 (1,6)	3 (2,2)	5 (1,9)			
Espírita	1 (0,8)	7 (5,1)	8 (3,0)			
Budista	1 (0,8)	0 (0,0)	1 (0,4)			
Umbanda	0 (0,0)	1 (0,7)	1 (0,4)			

Não tem religião	2 (1,6)	2 (1,5)	4 (1,5)			
Total	127 (100,0)	136 (100,0)	263 (100,0)			
Praticante da religião				1,195	2	0,550
Não	22 (17,3)	26 (19,1)	48 (18,3)	1,135 ^F		0,690
Sim	104 (81,9)	110 (80,9)	214 (81,4)			
Não respondeu	1 (0,8)	0 (0,0)	1 (0,4)			
Total	127 (100,0)	136 (100,0)	263 (100,0)			
Aposentada				0,101	1	0,751
Não	48 (37,8)	54 (39,7)	102 (38,8)			
Sim	79 (62,2)	82 (60,3)	161 (61,2)			
Total	127 (100,0)	136 (100,0)	263 (100,0)			
Renda suficiente				3,740	2	0,154
Não	63 (49,6)	75 (55,1)	138 (52,2)	3,347 ^F		0,165
Sim	61 (48,0)	61 (44,9)	122 (46,4)			
Não respondeu	3 (2,4)	0 (0,0)	3 (1,1)			
Total	127 (100,0)	136 (100,0)	263 (100,0)			
Plano de saúde				0,001	1	0,981
Não	101 (79,5)	108 (79,4)	209 (79,5)			
Sim	26 (20,5)	28 (20,9)	54 (20,5)			
Total	127 (100,0)	136 (100,0)	262 (100,0)			

4.2 Caracterização do cuidado e comparação dos grupos

No que tange às características do cuidado, a responsabilidade de cuidar do cônjuge foi a mais frequente (n=230, 87,5%) seguida pelos pais (n=17, 6,5%) e irmãos (n=12, 4,6%). O cuidado, em sua maioria, era realizado sem treinamento (n=255, 97,0%), por longos períodos de tempo (M=122,37 meses, Md=60,0, DP=163,17, $x_{Mín}$ =0,00; $x_{Máx}$ =708,00) e longa jornada diária (M=6,00 horas, Md=4,00, DP=4,79, $x_{Mín}$ =1,00; $x_{Máx}$ =24,00). Dados detalhados das características do cuidado bem como as análises comparativas são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Análises descritivas e comparativas de variáveis relacionadas ao cuidado segundo o autorrelato de dificuldade para dormir em idosas cuidadoras de pessoas idosas (n=263). São Carlos, 2014-2015.

GRUPOS	Grupo sem dificuldade para dormir		Grupo com dificuldade para dormir		Todos os Grupos		ANÁLISE COMPARATIVA		
	n	%	n	%	n	%	X ²	gl	p
Dedicação do cuidado							4,717	4	0,318
Cônjuge	112	88,2	118	86,8	230	87,5	4,278 ^F		0,339
Pai/Mãe	7	5,5	10	7,4	17	6,5			
Sogro(a)	1	0,8	0	0,0	1	0,4			
Irmão(ã)	7	5,5	5	3,7	12	4,6			
Outro	-	-	3	2,2	3	1,1			
Total	127	100,0	136	100,0	263	100,0			
Treinamento para cuidar							6,766	1	0,009
Não	127	100,0	128	94,1	255	97,0			

Sim	0	0,0	7	5,1	7	2,7		
Não respondeu	-	-	1	0,7	1	0,4		
Total	127	100,0	136	100,0	263	100,0		
Tempo diário dedicado ao cuidado (horas)							U 7536,50	p 0,160
Média	5,81		6,18		6,00			
Mediana	4,00		5,00		19,00			
Desvio padrão	4,80		4,78		4,79			
Mínimo	1,00		1,00		1,00			
Máximo	24,00		24,00		24,00			
Tempo em que é cuidador (meses)							7842,50	0,376
Média	110,00		133,92		122,37			
Mediana	36,00		60,00		60,00			
Desvio padrão	151,84		172,86		163,18			
Mínimo	1,00		0,00		0,00			
Máximo	708,00		672,00		708,00			

As análises comparativas das características do cuidado mostraram que o grupo de cuidadoras com dificuldade para dormir tinha maior proporção de idosas que receberam treinamento para o cuidado – entando, esta proporção era baixa (5,1%). As demais análises comparativas relacionadas ao cuidado não revelaram diferença significativa entre os grupos ($p>0,05$).

4.3 Caracterização e análise comparativa da sobrecarga de mulheres idosas cuidadoras com e sem dificuldade para dormir autorrelatada

O nível de sobrecarga da amostra foi baixo. Apenas três (1,1%) cuidadoras apresentaram sobrecarga severa, 22 (8,4%) de moderada a severa, 62 (23,6%) sobrecarga moderada e 176 (66,9%) sobrecarga leve.

O escore total médio de sobrecarga obtido por meio da Escala de Sobrecarga de Zarit – Reduzida foi de 18,03 pontos ($Md=15,00$; $DP=14,55$, $x_{mín}=0,00$, $x_{máx}=66,00$). O grupo com dificuldade para dormir apresentou o escore total médio de sobrecarga mais elevado – 19,73 pontos ($Md=18,00$; $DP=14,88$, $x_{mín}=0,00$, $x_{máx}=66,00$) quando comparado ao grupo sem dificuldade para dormir – 16,22 pontos ($Md=12,00$; $DP=14,03$, $x_{mín}=0,00$, $x_{máx}=65,00$). Esta diferença entre grupos foi significativa ($U=7328,00$; $p=0,034$) (Figura 1).

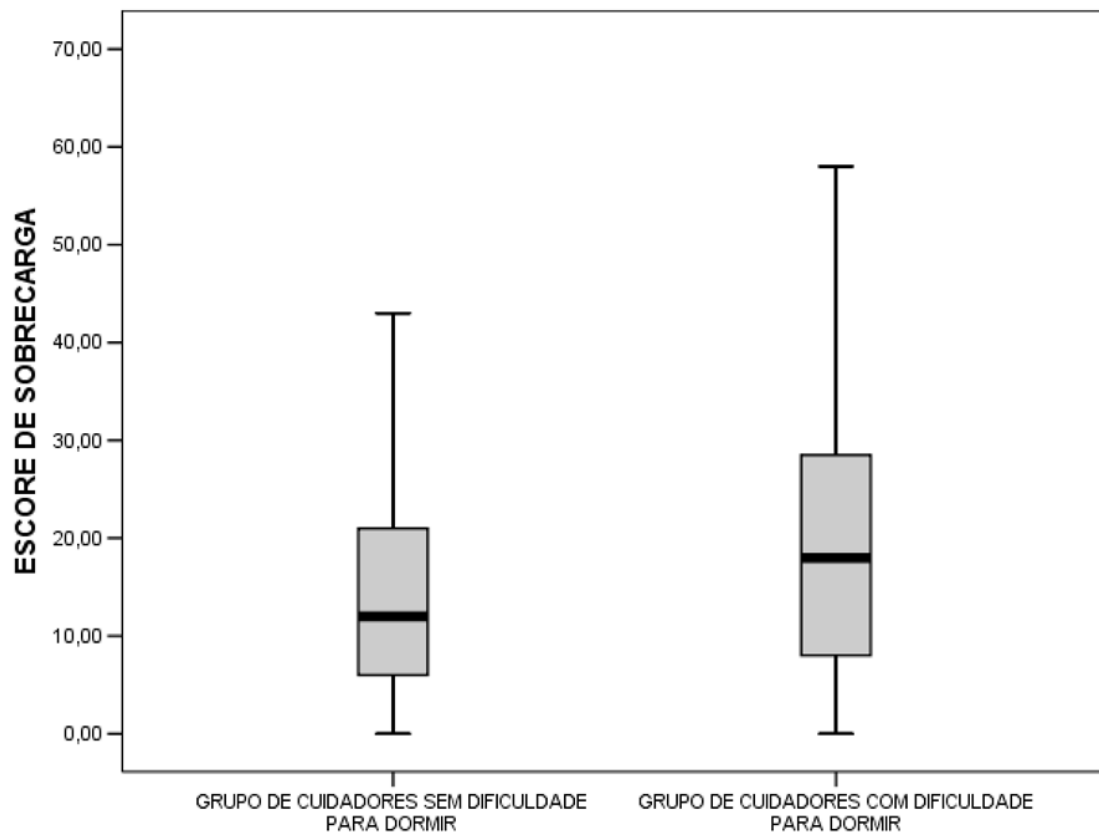


Figura 1 – Comparativo da pontuação geral de sobrecarga segundo a presença ou não de dificuldade para dormir em mulheres idosas cuidadoras (n=263). São Carlos, 2014-2015.

4.4 Caracterização e análise comparativa da espiritualidade de mulheres idosas cuidadoras com e sem dificuldade para dormir autorrelatada

O nível de espiritualidade obtida por meio da Escala de Avaliação da Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro foi de 18,11 pontos – escore bruto (Md=4,00; DP=0,53, $x_{mín}=2,00$, $x_{máx}=4,00$). O grupo sem dificuldade para dormir apresentou o escore total médio de espiritualidade mais elevado – 18,57 pontos (Md=19,00; DP=1,84, $x_{mín}=12,00$, $x_{máx}=20,00$) quando comparado ao grupo com dificuldade para dormir – 17,68 pontos (Md=18,50; DP=2,73, $x_{mín}=6,00$, $x_{máx}=20,00$). Esta diferença entre grupos foi significativa (U=7270,50; p=0,020) (Figura 2, Tabela 4).

Vale também observar que o grupo sem dificuldade para dormir apresentou o escore total médio da dimensão “esperança” mais elevado – 3,54 pontos (Md=3,70; DP=0,57, $x_{mín}=2,00$, $x_{máx}=4,00$) quando comparado ao grupo com dificuldade para dormir – 3,31 pontos (Md=3,70; DP=0,78, $x_{mín}=1,30$, $x_{máx}=4,00$). Esta diferença entre grupos foi significativa (U=7388,50; p=0,032) (Tabela 4).

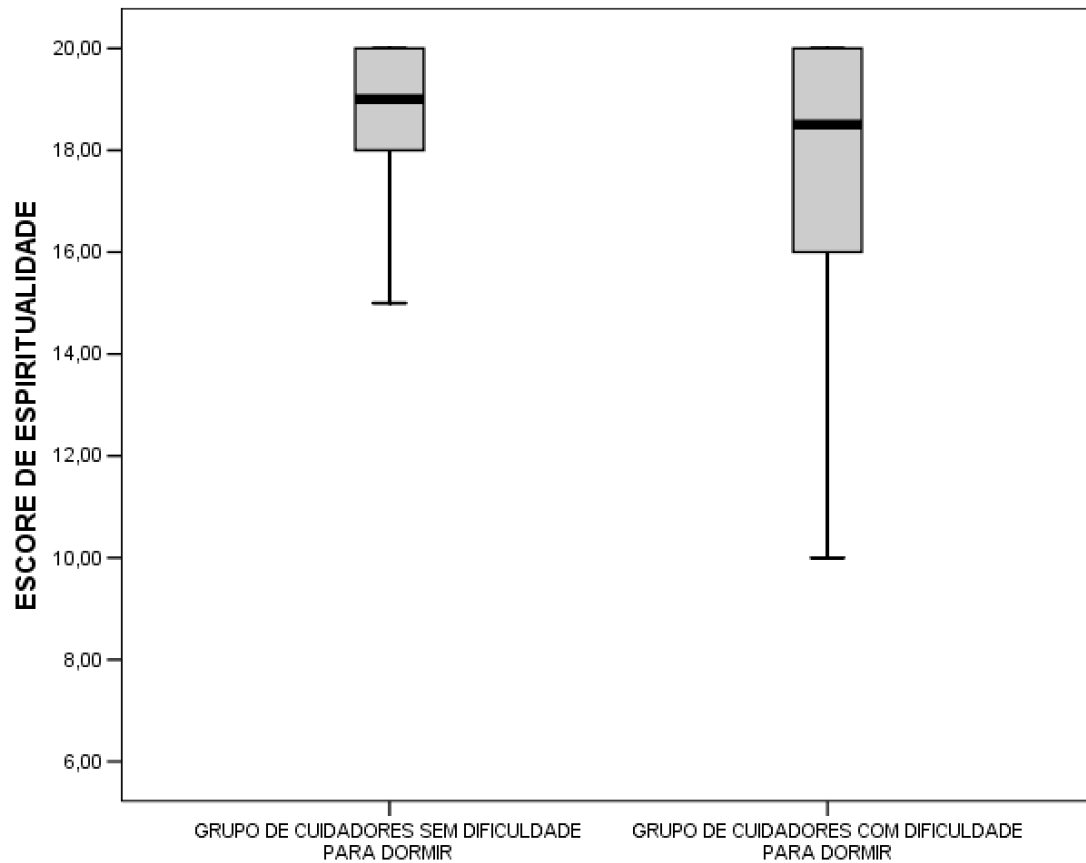


Figura 2 – Comparativo da pontuação geral de espiritualidade segundo a presença ou não de dificuldade para dormir em mulheres idosas cuidadoras (n=263). São Carlos, 2014-2015.

Tabela 4 – Análises descritivas e comparativas de espiritualidade segundo o autorrelato de dificuldade para dormir em mulheres idosas cuidadoras (n=263). São Carlos, 2014-2015.

GRUPO	Grupo sem dificuldade para dormir	Grupo com dificuldade para dormir	Todos os Grupos	Análises Comparativas	
				U	p
Dimensão de espiritualidade				Mann-Whitney	
Crença	n=127	n=136	n=263	8085,500	0,057
Média	3,96	3,88	3,92		
Mediana	4,00	4,00	4,00		
DP	0,17	0,45	0,34		
Mínimo	3,00	1,00	1,00		
Máximo	4,00	4,00	4,00		
Esperança	n=127	n=136	n=263	7388,500	0,032
Média	3,54	3,31	3,42		
Mediana	3,70	3,70	3,70		
DP	0,57	0,78	0,69		
Mínimo	2,00	1,30	1,30		
Máximo	4,00	4,00	4,00		
Total Bruto	n=127	n=136	n=263	7270,500	0,020
Média	18,57	17,68	18,11		

Mediana	19,00	18,50	19,00		
DP	1,84	2,73	2,38		
Mínimo	12,00	6,00	6,00		
Máximo	20,00	20,00	20,00		
Total Padronizado	n=127	n=136	n=263	7270,500	0,020
Média	3,71	3,54	3,62		
Mediana	3,80	3,70	3,80		
DP	0,37	0,55	0,48		
Mínimo	2,4	1,20	1,20		
Máximo	4,00	4,00	4,00		

5. DISCUSSÃO

Os resultados evidenciaram uma alta prevalência de cuidadoras idosas que relatavam dificuldade para dormir (51,7%). Esta elevada proporção pode ser explicada pelas modificações deletérias do sono que são comuns com o avanço da idade independente do contexto em que a pessoa idosa esteja inserida (IROLDI et al., 2020; LI et al., 2017; LI et al., 2021; PATEL; STEINBERG; PATEL, 2018). As mudanças fisiológicas do envelhecimento, bem como as características emocionais do sexo feminino e as demandas exaustivas do cuidado, levam a queixas relacionadas à qualidade do sono (ALBUQUERQUE et al. 2019; PATEL; STEINBERG; PATEL, 2018). Ferreira et al. (2022) descreveram uma prevalência de má qualidade do sono de 50,8% e de 23,1% de distúrbios do sono em uma amostra de pessoas idosas cuidadoras de outras pessoas idosas assistidas por USFs situadas em áreas de alta vulnerabilidade social.

No que tange as características sociodemográficas, a amostra tinha o perfil descrito na maioria dos estudos recentes publicados no mesmo contexto. Era jovem, ou seja, com menos de 75 anos de idade (M=68,92 anos), com baixa escolaridade (M=3,67 anos) e renda (em média de 0,89 e 3,10 salários mínimos – individual e familiar, respectivamente). As idosas eram predominantemente casadas ou com companheiro (91,3%), de cor branca (68,1%), católicas (63,9%), praticantes de uma religião (81,4%), aposentadas (61,2%), com percepção de renda insuficiente (52,2%) e sem plano de saúde (79,5%) (AUGUSTO et al. (2019); BUSHATSKY et al., 2019; MARQUES et al., 2019; NASCIMENTO; DUARTE; CHIAVEGATTO FILHO, 2022).

A dominância de cuidadoras idosas com menos de 75 anos pode ser explicada pela expectativa de vida dos brasileiros, que era de 75,2 anos quando os dados foram coletados (IBGE, 2015). Baseado em dados da Pesquisa de Emprego e Desemprego da Região Metropolitana de Belo Horizonte (PED/RMBH), Augusto et al. (2019) analisaram uma amostra de 893 indivíduos, com 60 anos ou mais, que referiram contar com um profissional ou serviço de referência vinculado à Atenção Primária em Saúde. A maioria tinha menos de 70 anos de idade (58,3%) e apresentavam até sete anos de estudo (85,4%).

Por meio do estudo Fragilidade em Idosos Brasileiros (FIBRA), Marques et al. (2019), com dados de 2217 pessoas com 65 anos ou mais residentes em áreas urbanas de sete cidades brasileiras - Belém (Pará); Campina Grande (Paraíba); Campinas (São Paulo); Ermelino Matarazzo (São Paulo); Ivoti (Rio Grande do Sul); Parnaíba (Piauí) e Poços de Caldas (Minas Gerais). A amostra era, em sua maioria, jovem (68,7% tinham até 74 anos de idade), com renda

inferior a três salários mínimos (68,4%), não dispunha de plano de saúde privado (59,9%) e se declarava de cor branca (55,8%).

Bushatsky et al. (2019), fundamentados em dados uma pesquisa epidemiológica de base populacional realizada no município de São Paulo, Brasil, descreveram uma amostra de 1226 pessoas com 60 anos e mais, participantes do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). A maioria das pessoas idosas tinha até 70 anos de idade (57,2%), era casada ou tinha um companheiro (58,1%), não trabalhava ou era aposentada (71,3%), tinha baixa escolaridade (41,6% tinha menos de 4 anos) e baixa renda (35,2% ganhavam até dois salários mínimos) (BUSHATSKY et al., 2019).

Em outra pesquisa do Estudo SABE, Nascimento, Duarte e Chiavegatto Filho (2022) descreveram 2.143 indivíduos com 60 anos ou mais no ano de 2000, 1.413 em 2006, 1.344 em 2010 e 1.224 em 2015. Os autores apontaram, ao longo dos referidos anos, predominância de pessoas idosas com menos de 70 anos de idade (59,1% em 2000; 58,7% em 2006; 54,2% em 2010 e 54,3% em 2015), pouca escolaridade (47,2% tinham até três anos de estudo em 2000; 42,2% em 2006; 34,5% em 2010 e 24,7% em 2015), que se declaravam de cor branca (70,2% em 2000; 63,4% em 2006; 58,3% em 2010 e 52,2% em 2015) e percebiam a renda como insuficiente para suprir as despesas (68,6% em 2000; 55,1% em 2006; 43,0% em 2010 e 47,9% em 2015) (NASCIMENTO; DUARTE; CHIAVEGATTO FILHO, 2022).

Dentre os motivos que levam uma pessoa a ser cuidadora, destacam-se as obrigações morais baseadas na cultura e religião e a falta de condições financeiras para contratação de um profissional especializado. Nesse caso, um familiar assume essa responsabilidade, não por opção, mas por necessidade e, muitas vezes, com recursos escassos e renda insuficiente. A restrição de recursos financeiros pode afetar a saúde dos cuidadores e mitigar os recursos para suprir suas necessidades de saúde e bem-estar, como medicamentos, alimentos de qualidade e acesso a cuidados especializados (ALVES et. al, 2019; LACERDA et. al, 2021).

As idosas, em sua maioria, relataram ter uma religião (98,5% - destas, 63,9% eram católicas e 24,7% evangélicas) e serem praticantes (81,4%). O catolicismo é predominante no Brasil, sendo que, em 2016, 50,0% dos brasileiros eram católicos e 29% eram evangélicos (ORO, 2020). A predominância da religião católica, seguida pela evangélica, também foi registrada em por outros autores brasileiros (BARBOSA et al., 2022; LIMA et al., 2019; RODRIGUES et al., 2019).

De acordo com Oro (2020), os cultos religiosos são bastante frequentados por pessoas idosas (ORO, 2020). Lemos et. al (2021) trazem que as crenças religiosas variam com a idade,

sendo baixas no início da idade adulta, crescendo na meia-idade, com pico no início da velhice e permanecendo inalteradas nos anos subsequentes. Ademais, as mulheres tendem a ser mais ativas e engajadas nas atividades religiosas. A prática religiosa oferece oportunidades de pertencimento, valorização de si mesmo, engajamento social, voluntariado e troca de apoio – atividades que o sexo feminino costuma valorizar mais que o masculino (LEMOS et al., 2021).

O cuidado, em sua maioria, era direcionado a um cônjuge (87,5%), sem treinamento (97,0%), por longos períodos de tempo (M=122,37 meses) e extensa jornada diária (M=6,00 horas). Em consonância, Pires et al. (2022), em um estudo realizado nos municípios de Jundiá, Indaiatuba, Campinas e Vinhedo (São Paulo, Brasil), com uma amostra de 133 cuidadores idosos, também evidenciaram que o vínculo de parentesco mais frequente era o conjugal (62,40%) e o tempo médio de exercício do cuidado era de 54,70 (\pm 50,40) meses – um pouco menos que o tempo encontrado na presente pesquisa. Carvalho e Neri (2019), em estudo descritivo, com amostra composta por 50 cuidadores familiares de indivíduos com demência da cidade de Fortaleza (Ceará), evidenciaram que 11,02 horas do dia eram despendidas para a prestação de cuidados diretos à pessoa idosa.

Felipe et al. (2020) descreveram 114 cuidadores informais de pessoas idosas assistidas por Unidades Básicas de Saúde (UBSs) do município de Teresina (Piauí). A média de tempo de cuidado foi de 83,82 meses. A dedicação semanal foi de 93,35 horas, com mínima de 15 e máxima de 120 horas, e nos finais de semana de 37,33 horas, com mínima de 5 e máxima de 48 horas – estes dados evidenciam que alguns cuidadores se dedicam interruptamente aos cuidados. Além disso, os autores colocam que o preparo técnico no cuidado informal é ausente e predispõe os cuidadores à sobrecarga física e declínio da qualidade de vida (FELIPE et al., 2020).

A pesquisa de Arruda et al. (2022), realizada em São Carlos (São Paulo) com 98 cuidadores informais, apontou que, no contexto do cuidado, as atividades são executadas sem treinamento prévio de qualquer tipo. Metade dos cuidadores cuidava, a mais de dois anos, por 14,5 horas ou mais por dia, sete dias por semana – o que predisponha sobrecarga e comprometimento da qualidade de vida.

Ademais, dos 362 cuidadores entrevistados por Nunes et al. (2018), 91,5% eram familiares. Em relação ao tempo dedicado ao cuidado, 34,4% relataram cuidados constantes e 41,9% relataram cuidados quando necessário. Uma fração deles (19,7%) relatou que deixou suas atividades laborais para assumir o papel de cuidador e 30,4% dos cuidadores obtiveram pontuação superior a 24 na avaliação do excesso de estresse relacionado ao cuidado, o que representa uma sobrecarga maior.

Os cuidadores informais de pessoas idosas, na maioria das vezes, exercem suas funções desamparadamente – sem remuneração, sem a ajuda de outros familiares e sem orientação de um profissional de saúde. Nessas situações, os cuidadores não estão suficientemente preparados e capacitados para prestar cuidados de forma adequada, o que pode levar ao surgimento e/ou agravamento da sobrecarga (AIRES et. al, 2020; ALVES et. al, 2019).

As diferenças de carga horária diária dispendidas para o cuidado apresentadas nos estudos podem ocorrer pela diversidade de formas de elaboração das questões feitas para obtenção do dado que podem levar a interpretações distintas por parte do cuidador respondente (por exemplo, inclusão ou não do período de sono, do tempo que se dedica à atividades instrumentais de vida diária como preparo de alimentos, lavagem de roupas, compra de alimentos e outras tarefas domésticas que atendem não somente o receptor de cuidados, mas toda a família).

Os números de capacitação para o cuidado desta pesquisa foram tímidos (2,7% do total de cuidadores desta pesquisa tinham treinamento) e isto era esperado (ARRUDA et al., 2022; FELIPE et al., 2020). As análises comparativas das características do cuidado evidenciaram que o grupo de cuidadoras com dificuldade para dormir tinha maior proporção de idosas que receberam treinamento para o cuidado. Não foram encontrados estudos que pudessem embasar este achado. Portanto, pode-se apenas fazer algumas suposições que poderiam ser contempladas em estudos futuros. A hipótese seria que os cuidadores que buscam capacitação para o cuidado são responsáveis por indivíduos com características específicas mais complexas que podem interferir no sono, como necessidade de administração de medicamentos em horários noturnos, doenças que causam alterações de comportamento, agitação e distúrbios do sono, bem como contextos de cuidado que causam maiores frustrações, aborrecimentos e até problemas de saúde mental.

O nível de sobrecarga entre as cuidadoras idosas foi baixo – apenas 1,1% apresentaram sobrecarga severa, 8,4% de moderada a severa, 23,6% sobrecarga moderada e 66,9% sobrecarga leve. Proporções semelhantes foram apresentadas por Gatto et al. (2021) em investigação conduzida em Marau (Rio Grande do Sul) com 37 cuidadores de pessoas idosas assistidas na atenção primária à saúde. Considerando os níveis, a sobrecarga severa também foi a menos frequente (2,7%), seguida pela moderada a severa (18,9%), moderada (35,1%) e leve (43,2%). Porém, existem estudos com dados divergentes como o de Montoya et al. (2019) que avaliou a sobrecarga de 50 cuidadores, sendo 40 familiares, da cidade de Niterói (Rio de Janeiro). Os resultados apontaram que a maioria dos cuidadores familiares apresentavam

sobrecarga moderada (47,5%), seguida pela moderada a severa (22,5%), leve (17,5%) e severa (12,5%). O que aparece de comum em todos os estudos é que a sobrecarga severa é menos frequente, porém, sua existência mesmo que minoritária precisa ser observada com atenção pelos profissionais de saúde visto que esta pode afetar a saúde do cuidador.

O grupo com dificuldade para dormir apresentou o escore total médio de sobrecarga significativamente mais elevado quando comparado ao grupo sem dificuldade para dormir. A literatura aponta que os problemas relacionados ao sono podem afetar o bem estar mental, físico e cognitivo. No caso específico de cuidadores, o sono pode ser perturbado por causa da sobrecarga, estresse e aumento da carga cognitiva, uma vez que a pessoas cuidadora precisa cuidar de si mesma e do outro. A diminuição da qualidade do sono tem sido associada a sentimentos negativos, depressão, ansiedade e sobrecarga (GAO; CHAPAGAIN; SUCULLIN, 2019; HUISMAN; HUISMAN; KORT, 2022; NAZ; GHUMMAN; SHABBIR, 2022).

Fatores como alta demanda de trabalho, remuneração inadequada, despreparo para o cuidado, mudanças dramáticas na vida diária e nos papéis sociais podem levar à sobrecarga. Nesse contexto, vale destacar também que o preparo insuficiente para o cuidado e a sobreposição de responsabilidades podem levar a sobrecarga que por sua vez pode afetar o sono. É comum que o cuidador se envolva intensamente com a pessoa receptora de cuidados, o que causa a omissão das suas próprias necessidades e redução de seu tempo para descanso (ARRUDA et. al, 2022; HUISMAN; HUISMAN; KORT, 2022;).

Simon et al. (2019) conduziram uma pesquisa na Espanha com o objetivo de examinar a relação entre a sobrecarga e a qualidade do sono em cuidadores familiares de pessoas dependentes. Foi realizado um estudo transversal com 201 cuidadores familiares de pessoas dependentes e 92 não cuidadores (controle). Os resultados mostram que a sobrecarga está relacionada à qualidade do sono do cuidador, ou seja, cuidadores com maior percepção de sobrecarga apresentam pior qualidade de sono.

Em estudo realizado em Taiwan, com 180 cuidadores familiares, Chiu et al. (2014) propuseram um modelo em que os distúrbios do sono de cuidadores foram preditos por sobrecarga física, sintomas depressivos e o efeito sinérgico dessas variáveis. Em suas conclusões, os autores colocam que os cuidadores menos sobrecarregados podem ter melhor qualidade de vida e prover melhores cuidados.

Na Alemanha, Happe e Beger (2002) avaliaram 106 cuidadores cônjuges de pessoas idosas com Doença de Parkinson com o intuito avaliar as de causas de problemas de sono dos cuidadores. Dentre outros achados, a sobrecarga do cuidador foi identificada como mediadora

da associação entre a intensidade do cuidado e o sono ruim e as queixas psicossomáticas foram relacionadas aos problemas de sono de forma independente.

O grupo sem dificuldade para dormir apresentou o escore total médio de espiritualidade significativamente mais elevado quando comparado ao grupo com dificuldade para dormir – e o mesmo ocorreu para a dimensão “esperança” da espiritualidade. Não foram encontradas pesquisas com objetivo semelhante ao da presente investigação. No entanto, alguns autores nos ajudam no entendimento destes achados. Segundo Souza (2020), a espiritualidade pode elevar a esperança e melhorar fatores socioemocionais, auxiliando na saúde e bem estar do indivíduo. Deste modo, a espiritualidade pode ser uma importante ferramenta de apoio para enfrentamento das adversidades e frustrações relacionadas às obrigações do cuidar. Por outro lado, cuidar de um ente querido também pode trazer sentimento de recompensa, pertencimento e satisfação, a depender das crenças, sentimentos e valores que fundamentam o processo. Nesse sentido, a espiritualidade e a esperança auxiliam no entendimento da própria condição e resignação diante das dificuldades da vida cotidiana (SOUZA, 2020).

A espiritualidade, a crença em um ser superior e as práticas religiosas são estratégias eficazes para o enfrentamento da sobrecarga, angústia, estresse e depressão do cuidador no processo de cuidar. Desta forma, previne-se o surgimento e/ou agravamento destas variáveis que são bem descritas na literatura como associadas à má qualidade do sono (GAO; CHAPAGAIN; SCULLIN, 2019; HUISMAN; HUISMAN; KORT, 2022; NAZ; GHUMMAN; SHABBIR, 2022).

Além de cooperar para que os acontecimentos sejam interpretados de forma mais positiva e eficaz, a espiritualidade e a religiosidade são meios pelos quais cuidadores podem receber apoio emocional, afetivo, social e até material. Consequentemente, os mesmos tendem a menor isolamento e a lidar melhor com o estresse, depressão, ansiedade. Nessas situações, a espiritualidade serve como fator explicativo e protetor para a saúde do cuidador e estabilidade emocional (ALVES et. al, 2019; SOUZA, 2020) que, por sua vez, pode interferir para uma melhor qualidade de sono.

os profissionais de saúde precisam ter uma compreensão mais profunda das necessidades de cuidadores, pois a espiritualidade contribui não só com a saúde mental, mas tem importância biopsicossocial e subjetiva. Sendo assim, compreender as crenças dos pacientes e de seus familiares é fundamental. Apesar disso, os profissionais da saúde não raramente se sentem despreparados para lidar com as experiências e dimensões espirituais dos pacientes e familiares, uma vez que a formação em área da saúde geralmente não capacita para lidar com esse aspecto na atuação profissional futura. Por esse motivo, observa-se um aumento

do interesse pela espiritualidade e, conseqüentemente, uma tendência de incorporar também as dimensões espirituais e filosóficas à saúde (BARBOSA et al., 2017).

6. CONCLUSÕES

Diante dos objetivos propostos neste estudo, apresentamos as seguintes considerações:

- Com base no objetivo, a hipótese de pesquisa foi confirmada.
- O perfil da amostra de idosas cuidadoras de pessoas idosas era jovem, ou seja, com menos de 75 anos de idade, com baixa escolaridade e renda. As idosas eram predominantemente casadas ou com companheiro, de cor branca, católicas, praticantes de uma religião, aposentadas, com percepção de renda insuficiente e sem plano de saúde.
- Sobre o perfil de cuidado, este, em sua maioria, era direcionado a um cônjuge, sem treinamento, por longos períodos de tempo e extensa jornada diária.
- O nível de sobrecarga entre as cuidadoras idosas foi baixo – apenas 1,1% apresentaram sobrecarga severa, 8,4% de moderada a severa, 23,6% sobrecarga moderada e 66,9% sobrecarga leve.
- O grupo com dificuldade para dormir apresentou o escore total médio de sobrecarga significativamente mais elevado quando comparado ao grupo sem dificuldade para dormir.
- O grupo sem dificuldade para dormir apresentou o escore total médio de espiritualidade significativamente mais elevado quando comparado ao grupo com dificuldade para dormir.

Com base no objetivo geral deste estudo, é possível concluir que existe associação entre dificuldade para dormir, espiritualidade e sobrecarga de mulheres idosas cuidadoras de pessoas idosas. Desta forma, a hipótese da pesquisa foi confirmada.

Por fim, reconhecemos e reafirmamos que o bem estar espiritual é tão relevante quanto o físico, psicológico e social e que outras pesquisas relacionadas a esta temática são prementes. Contemplar os cuidadores de forma integral deve extrapolar as questões físicas e o tratamento das doenças. O olhar biopsicossocial-espiritual é indispensável e reconhece o ser humano em sua integralidade. Desta forma, corroboramos a assertiva da OMS sobre a importância da espiritualidade para a qualidade de vida do indivíduo em todas as idades.

7. REFERENCIAS

AIRES, M. et al. Sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes na comunidade em municípios de pequeno porte. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, n. spe, e20190156, 2020. DOI: 10.1590/1983-1447.2020.20190156

AKGUN-CITAK, E. et al. Challenges and needs of informal caregivers in elderly care: qualitative research in four European countries, the TRACE Project. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 87, e103971, 2020. DOI: 10.1016/j.archger.2019.103971

ALBUQUERQUE, F. K. O. et al. Qualidade de vida em cuidadores de idosos: uma revisão integrativa. **Revista Enfermagem 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: 01 fevereiro 2023.

ALVES, B. S. et al. Caracterização dos cuidadores informais de idosos dependentes quanto aos aspectos demográficos e de saúde. **Revista de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana**, v. 9, s/n, p. 113–118, 2019. DOI: 10.13102/rscdauefs.v9i0.3684

ALVES, K. R. M.; RESENDE, G. C. Reflexões sobre as mulheres que exercem múltiplas funções: papéis sociais, dentro e fora de casa. **Revista Educação e Humanidades**, v. 2, n. 1, p. 622–631, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/reh/article/view/8576/6145>. Acesso em: 01 fevereiro 2023.

AMORIM, J. S. C. et al. The prevalence of severe falls and associated factors among elderly brazilians: results of the 2013 national health survey. **Ciencia e Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 185–196, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232020261.30542018

ARAÚJO, L. F.; CASTRO, J. L. D. C.; SANTOS, J. V. D. O. A família e sua relação com o idoso: Um estudo de representações sociais. **Revista Psicologia em Pesquisa**, v. 12, n. 2, p. 14–23, 2018. DOI: 10.24879/2018001200200130

ARRUDA, M. S. DE et al. Correlação da funcionalidade familiar e sobrecarga de cuidadores informais de idosos hospitalizados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 43, e20210081, 2022. DOI: 10.1590/1983-1447.2022.20210081.pt

AILSHIRE, J. A.; BURGARD, S. A. Family relationships and troubled sleep among US adults: examining the influences of contact frequency and relationship quality. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 53, n. 2, p. 248-262, 2012. DOI: 10.1177/0022146512446642

AUGUSTO, D. K. et al. Fatores associados à avaliação da qualidade da atenção primária à saúde por idosos residentes na região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, n. 1, p. e2018128, 2019. DOI: 10.5123/S1679-49742019000100017

BACKES, R. et al. Percepção de mulheres sobre a fisioterapia aquática na pós-menopausa: um estudo qualitativo. **Fisioterapia em Movimento**, v. 35, n. spe, e356015.0, 2022. DOI: 10.1590/fm.2022.356015.0

BAKER, F. C. et al. Sleep and sleep disorders in the menopausal transition. **Sleep Medicine Clinics**, v. 13, n. 3, p. 443–456, 2018. DOI: 10.1016/j.jsmc.2018.04.011

BARBOSA, C. S. P. et al. Sexualidade da pessoa idosa: vivências de profissionais de saúde e idosos. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, e83845, 2022. DOI: 10.5380/ce.v27i0.83845

BARBOSA, D. J. et al. Onde as religiões se encontram: um estudo de representações sociais das drogas psicoativas e suas implicações para no cuidado em enfermagem. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, e17310110982, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i1.10982

BARBOSA, R. M. DE M. et al. A espiritualidade como estratégia de enfrentamento para familiares de pacientes adultos em cuidados paliativos. **Revista da SBPH**, v. 20, n. 1, p. 165–182, 2017.

BATISTA, M. P. P.; ALMEIDA, M. H. M.; LANCMAN, S. Cuidadores formais de idosos: contextualização histórica no cenário brasileiro. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 4, p. 879–885, 2014. DOI: 10.1590/1809-9823.2014.13148

BOAVENTURA, L. C.; BORGES, H. C.; OZAKI, A. H. Avaliação da sobrecarga do cuidador de pacientes neurológicos cadeirantes adultos. **Ciencia e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 10, p. 3193–

3202, 2016. DOI: 10.1590/1413-812320152110.15202016

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos** [texto na Internet]. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2012. 12p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 01 fevereiro 2023.

BRASIL. Ministério da Economia. **Aposentados representam 54% da população idosa ocupada**, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/fazenda/pt-br/assuntos/noticias/2017/outubro/aposentados-representam-54-da-populacao-idosa-ocupada>. Acesso em: 01 fevereiro 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **E-Gestor Atenção Básica**, 2017. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 01 fevereiro 2023.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p. ISBN: 978-85-7018-698-0. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 01 fevereiro 2023.

BRASIL. Senado Federal. Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Estatuto da Pessoa Idosa** (Redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022). Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2022. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 01 fevereiro 2023.

BRASIL. Senado Federal. Lei no 8.842 de 4 de janeiro de 1994. **Política Nacional do Idoso**. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm. Acesso em: 01 fevereiro 2023.

BUSHATSKY, A. et al. Fatores associados às alterações de equilíbrio em idosos residentes no município de São Paulo em 2006: evidências do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, e180016, 2019. DOI: 10.1590/1980-549720180016.supl.2

CAMARENA, J. M. T. et al. Nurse intervention “dialogue circles” to reduce the level of burden

perceived by the main caregivers of complex chronic patients and advanced chronic disease's patients. **Nure Investigación**, v. 18, n. 111, p. 1-19, 2021. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7843709>. Acesso em: 01 fevereiro 2023.

CARVALHO, E. B.; NERI, A. L. Patterns of use of time by family caregivers of elderly persons with dementia. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 1, e180143, 2019. DOI: 10.1590/1981-22562019022.180143

CATRE, C. N. M. et al. Espiritualidade: contributos para uma clarificação dos conceitos. **Análise Psicológica**, v. 34, n. 1, p. 31-46, 2016. DOI: 10.14417/ap.877

CESÁRIO, L. C. et al. Sobrecarga e perfil de cuidadores informais de pessoas idosas frágeis cadastradas em centros de referência de assistência social. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 17, n. 2, p. 167, 2020. DOI: 10.5335/rbceh.v17i2.11969

CHAVES, E. C. L. et al. Validação da Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro em Pacientes. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, v. 4, n. 2, p. 715–721, 2010. DOI: 10.5205/reuol.890-7305-1-LE.0402201033

CHIU, Y. C. et al. Family caregivers' sleep disturbance and its associations with multilevel stressors when caring for patients with dementia. **Aging & Mental Health**, v. 18, n. 1, p. 92-101, 2014. DOI: 10.1080/13607863.2013.837141

CONZATTI, M. et al. Sleep quality and excessive daytime sleepiness in women with Premenstrual Syndrome. **Gynecological Endocrinology**, v. 37, n. 10, p. 945-949, 2021.

COSTA, A. F. et al. Quality of life and burden of caregivers of elderly people. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 29, n. 2, p. 234–240, 2020. DOI: 10.1590/1980-265x-tce-2019-0043

DADALTO, E. V.; CAVALCANTE, F. G. The place of family caregivers for older adults with Alzheimer's disease: a literature review in Brazil and the United States. **Ciencia e Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 147–157, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232020261.38482020

DALGALARRONDO, P. Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental

e religião. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 3, p. 177–178, 2006. DOI: 10.1590/s1516-44462006000300006

DEL-PINO-CASADO, R. et al. Subjective caregiver burden and anxiety in informal caregivers: a systematic review and meta-analysis. **PLOS ONE**, v. 16, n. 3, e0247143, 2021. DOI: 10.1371/journal.pone.0247143

DINIZ, M. A. A. et al. Comparative study between formal and informal caregivers of older adults. **Ciencia e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3789–3798, 2018. DOI: 10.1590/1413-812320182311.16932016

ESPERANDIO, M. R. G. et al. Envelhecimento e espiritualidade: o papel do coping espiritual/religioso em pessoas idosas hospitalizadas. **Interação em Psicologia**, v. 23, n. 2, p. 268–280, 2019. DOI: 10.5380/psi.v23i02.65381

FELIPE, S. G. B. et al. Anxiety and depression in informal caregivers of dependent elderly people: an analytical study. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 1, e20190851, 2020. DOI: 10.1590/0034-7167-2019-0851

FERREIRA, I. B. A. et al. Sono e funcionalidade familiar de idosos cuidadores em alta vulnerabilidade social: um estudo transversal. **Escola Anna Nery**, v. 26, n. 1, e20210443, 2022. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2021-0443

FERREIRA, D. P. C.; CORIOLANO, M. G. W. S.; LINS, C. C. S. A. The perspective of caregivers of people with Parkinson's: an integrative review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 1, p. 99–109, 2017. DOI: 10.1590/1981-22562017020.160088

FERNANDES, I. M. B.; CARDIM, S. Perception of future Portuguese teachers about female underrepresentation in scientific-technological areas and careers. **Educação e Pesquisa**, v. 44, e183907, 2018. DOI: 10.1590/S1678-4634201844183907

FIGUEIREDO, M. D. L. F. et al. Formal caregivers of dependent elderly people in the home: challenges experienced. **Ciencia e Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 37–46, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232020261.32462020

FONTES, A. P.; NERI, A. L. Resilience in aging: literature review. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 5, p. 1475–1495, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015205.00502014

FORTI, S.; SERBENA, C. A.; SCADUTO, A. A. Mensuração da espiritualidade/religiosidade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1463–1474, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020254.21672018

FUNDAÇÃO SEADE. **Perfil dos municípios paulistas**: São Carlos, 2020. Disponível em: <https://perfil.seade.gov.br>. Acesso em: 01 fevereiro 2023.

FUNDAÇÃO SEADE. **População**: São Carlos, 2010. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/retratosdesp/view/index.php?porTema=true&locId=3548906&temaId=1&pag=1>. Acesso em: 01 fevereiro 2023.

GAJARDO, Y. Z. et al. Sleep-related problems and associated factors among the brazilian population: national health survey, 2013. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 601–610, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021262.08412020

GAO, C.; CHAPAGAIN, N. Y.; SCULLIN, M. K. Sleep duration and sleep quality in caregivers of patients with dementia: a systematic review and meta-analysis. **JAMA Network Open**, v. 2, n. 8, e199891, 2019. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2019.9891

GARBIN, C. A. S. et al. O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2941–2948, 2010. DOI: 10.1590/s1413-81232010000600032

GATTO, C. et al. Prevalência de sobrecarga em cuidadores de idosos assistidos na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Redes**, v. 7, n. 1, p. 63-75, 2021. DOI: 10.18310/2446-4813.2021v7n1p63-75

GEIB C. T. L. et al. Sono e envelhecimento. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, n. 3, p. 453-465, 2003. DOI: 10.1590/S0101-81082003000300007

GUTZ, L.; CAMARGO, B. V. Espiritualidade entre idosos mais velhos: um estudo de representações sociais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 4, p. 793–804, 2013. DOI: 10.1590/s1809-98232013000400013

HAPPE, S.; BERGER, K. The association between caregiver burden and sleep disturbances in partners of patients with Parkinson's disease. **Age and Ageing**, v. 31, n. 5, p. 349-354, 2002. DOI: 10.1093/ageing/31.5.349

HALL, M. H. et al. Chronic stress is prospectively associated with sleep in midlife women: the SWAN sleep study. **Sleep**, v. 38, n. 10, p. 1645–1654, 2015. DOI: 10.5665/sleep.5066

HIRSHKOWITZ, M. et al. National sleep foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. **Sleep Health**, v. 1, n. 1, p. 40–43, 2015. DOI: 10.1016/j.sleh.2014.12.010

HUISMAN, C.; HUISMAN, E.; KORT, H. Technological applications contributing to relieve care burden or to sleep of caregivers and people with dementia: a scoping review from the perspective of social isolation. **Frontiers in Public Health**, v. 10, e797176, 2022. DOI 10.3389/fpubh.2022.797176

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Com envelhecimento, cresce número de familiares que cuidam de idosos no país**, 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/27878-com-envelhecimento-cresce-numero-de-familiares-que-cuidam-de-idosos-no-pais>. Acesso em: 01 fevereiro 2023.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Em 2014, esperança de vida ao nascer era de 75,2 anos**, 2015. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?busca=1&id=1&idnoticia=3045&t=2014-esperanca-vida-nascer-era-75-2-anos&view=noticia>. Acesso em: 01 fevereiro 2023.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>. Acesso em: 01 fevereiro 2023.

IROLDI, G. F. et al. Associações entre estresse, sintomas depressivos e insônia em idosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 69, n. 4, p. 228-238, 2020. DOI: 10.1590/0047-2085000000287

KHAN, S. et al. Shiftwork-mediated disruptions of circadian rhythms and sleep homeostasis cause serious health problems. **International Journal of Genomics**, v. 2018, e 8576890, 2018. DOI: 10.1155/2018/8576890

KRONHOLM, E. et al. Trends in self-reported sleep duration and insomnia-related symptoms in Finland from 1972 to 2005: a comparative review and re-analysis of finnish population samples. **Journal of Sleep Research**, v. 17, n. 1, p. 54–62, 2008. DOI: 10.1111/j.1365-2869.2008.00627.x

LACERDA, M. A. et al. Care for fragile elderly people and the family health strategy: Perspectives of caregivers. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 35, e43127, 2021. DOI: 10.18471/RBE.V35.43127

LEMOS, L. C.; BORIM, F. S. A.; NERI, A. L. Variáveis associadas com a prática religiosa em adultos e idosos brasileiros com 50 anos ou mais: ELSI-Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, n. 5, e220025, 2021. DOI: 10.1590/1981-22562021024.220025.pt

LI, J. et al. Spatiotemporal evolution of global population ageing from 1960 to 2017. **BMC Public Health**, v. 19, n. 127, p. 1–15, 2019. DOI: 10.1186/s12889-019-6465-2

LI, W. et al. Sex, sleep duration, and the association of cognition: findings from the China health and retirement longitudinal study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 19, e10140, 2021. DOI: 10.3390/ijerph181910140

LI, Y. et al. Longitudinal association of sleep duration with depressive symptoms among middle-aged and older Chinese. **Scientific Reports**, v. 7, n. 1, e11794, 2017. DOI:10.1038/s41598-017-12182-0

LIMA, A. M. et al. Perda de qualidade do sono e fatores associados em mulheres climatéricas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 7, p. 2667–2678, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018247.19522017

LIMA, C. T. A. et al. Religiosidade e envelhecimento: um retrato dos alunos da universidade da maturidade. **Humanidades & Inovação**, v. 6, n. 11, p. 69-75, 2019. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1573>. Acesso em: 01 fevereiro 2023.

LIMA, M. G. et al. Associação das condições sociais e econômicas com a incidência dos problemas com o sono durante a pandemia de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, e00218320, 2021. DOI: 10.1590/0102-311X00218320

LINS, I. L.; ANDRADE, L. V. R. A feminização da velhice: representação e silenciamento de demandas nos processos conferencistas de mulheres e pessoas idosas. **Mediações - Revista de Ciências Sociais**, v. 23, n. 3, p. 436-465, 2018. DOI: 10.5433/2176-6665.2018v23n3p436

LUCENA, M. A.; ALBUQUERQUE, A. Qualidade de vida em pacientes sob cuidados paliativos no prisma dos direitos humanos dos pacientes. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 10, n. 1, p. 165–185, 2021. DOI: 10.17566/ciads.v10i1.620

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L.; AVEZUM JÚNIOR, A. Religiosidade, espiritualidade e doenças cardiovasculares. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v. 24, n. 1, p. 55–57, 2011. Disponível em: <http://www.onlineijcs.org/sumario/24/pdf/v24n1a08.pdf>. Acesso em: 01 fevereiro 2023.

MARONESI, L. C. et al. Indicadores de estresse e sobrecarga em cuidadores formais e informais de pacientes oncológicos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 14, n. 3, p. 877-892, 2014. DOI: 10.12957/epp.2014.13889

MARQUES, P. P. et al. Polifarmácia em idosos comunitários: resultados do estudo FIBRA. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 5, e190118, 2019. DOI: 10.1590/1981-22562019022.190118

MAURIN, J. T.; BOYD, C. B. Burden of mental illness on the family: a critical review. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 4, n. 2, p. 99-107, 1990. DOI: 10.1016/0883-9417(90)90016-E.

MAZZOTTI, D. R. et al. Prevalence and correlates for sleep complaints in older adults in low and middle income countries: a 10/66 Dementia Research Group Study. **Sleep Medicine**, v. 13, n. 6, p. 697–702, 2012. DOI: 10.1016/j.sleep.2012.02.009

MENDES, P. N. et al. Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 1, p. 87–94, 2019. DOI: 10.1590/1982-0194201900012

MINAYO, M. C. S. Caring for those who care for dependent older adults: for a necessary and urgent policy. **Ciencia e Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 7–15, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232020261.30872020

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507–519, 2016. DOI: 10.1590/1809-98232016019.150140

MOLINA, N. P. F. M. et al. Religiosity, spirituality and quality of life of elderly according to structural equation modeling. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 29, e20180468, 2020. DOI: 10.1590/1980-265X-TCE-2018-0468

MONTOYA, C. G. B. et al. A sobrecarga de atividades dos cuidadores de idosos. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 22, n. 2, p. 441-454, 2019. DOI: 10.23925/2176-901X.2019v22i2p441-454

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 3, p. 242-250, 2006. DOI: 10.1590/S1516-44462006005000006

MORENO, C. R. C. et al. Sleep disturbances in older adults are associated to female sex, pain and urinary incontinence. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, n. Suppl 2, e180018, 2018. DOI: 10.1590/1980-549720180018.supl.2

MUGEIRO M. J. C. **Qualidade do sono nos idosos**. 2011. 181 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Reabilitação) – Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1658>. Acesso em: 01 fevereiro 2023.

NASCIMENTO, C. F.; DUARTE, Y. A. O.; CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P. Fatores associados à limitação da mobilidade funcional em idosos do município de São Paulo, Brasil: análise comparativa ao longo de 15 anos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 4, e00196821, p. 2022. DOI: 10.1590/0102-311X00196821

NAZ, I.; GHUMMAN, M.; SHABBIR, A. Impact of sleep deprivation and coping abilities on the psychological adjustment of caregivers of the elderly. **Pakistan Armed Forces Medical Journal**, v. 72, n. 1, p. 58-61, 2022. DOI: 10.51253/pafmj.v72i1.3977

NEIKRUG B.A.; ANCOLI-ISRAEL, S. Sleep disorders in the older adult – a mini-review. **Gerontology**, v. 56, n. 2, p. 181-189, 2010. DOI: 10.1159/000236900

NUNES, D. P. et al. Caregivers of elderly and excessive tension associated to care: evidence of the sabe study. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, n. Suppl 2, e180020.SUPL.2, 2018. DOI: 10.1590/1980-549720180020.supl.2

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Folha informativa - Envelhecimento e saúde**, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5661:folha-informativa-envelhecimento-e-saude&Itemid=820. Acesso em: 01 fevereiro 2023.

ORLANDI, A. A. S. et al. Elderly caregivers of the elderly: frailty, loneliness and depressive symptoms. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. suppl 2, p. 88–96, 2019. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0137

ORO, A. P. No Brasil as tendências religiosas continuam: declínio católico e crescimento evangélico. **Debates do Núcleo de Estudos da Religião**, v. 20, n. 37, p. 69-92, 2020. DOI: 10.22456/1982-8136.105410

PATEL, D.; STEINBERG, J.; PATEL, P. Insomnia in the elderly: a review. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, v. 14, n. 6, p. 1017-1024, 2018. DOI: 10.5664/jcsm.7172.

PELLOSI, P. et al. Nível de sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores de indivíduos com necessidades especiais. **Colloquium Vitae**, v. 8, n. 3, p. 39–45, 2016. DOI:

10.5747/cv.2016.v08.n3.v175

PENG, H. L.; LORENZ, R. A.; CHANG, Y. P. Factors associated with sleep in family caregivers of individuals with dementia. **Perspectives in Psychiatric Care**, v. 55, n. 1, p. 95–102, 2019. DOI: 10.1111/ppc.12307

PEREIRA, L. S. M.; SOARES, S. M. Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência. **Ciencia e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3839–3851, 2015. DOI: 10.1590/1413-812320152012.15632014

PIRES, C. G. et al. Sobrecarga, funcionalidade familiar e saúde psicológica de idosos cuidadores de idosos: uma path analysis. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 16, e0220022, 2022. DOI: 10.53886/gga.e0220022

PROSERPIO, P. et al. Insomnia and menopause: a narrative review on mechanisms and treatments. **Climacteric**, v. 23, n. 6, p. 539–549, 2020. DOI: 10.1080/13697137.2020.1799973

PINTO, C.; PAIS-RIBEIRO, J. L. Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. **Arquivos de Medicina**, v.21, n. 2, p. 47-53, 2007. Disponível em: <http://files.jvilelas.webnode.pt/200000095-65ec16669e/Escala%20de%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20Espiritualidade.pdf>. Acesso em: 01 fevereiro 2023.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS. **Programa Saúde da Família – PSF**, 2020. Disponível em: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/saude/115417-programa-saude-da-familia-psf.html>. Acesso em: 01 fevereiro 2023.

RIZZUTO, D. et al. Effect of chronic diseases and multimorbidity on survival and functioning in elderly adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 65, n. 5, p. 1056–1060, 2017. DOI: 10.1111/jgs.14868

RODRIGUES, C. F. C. et al. Atividade sexual, satisfação e qualidade de vida em pessoas idosas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 21, e57337, 2019. DOI: 10.5216/ree.v21.57337

SÁ VIANNA, M.; SOUZA, W. The spirituality of informal caregivers in palliative care: a bioethical reflexion in the perspective of alterity. **Estudos Teológicos**, v. 57, n. 2, p. 401-413, 2017. DOI: 10.22351/et.v.57i2.2727

SANT'ANA, L. A. J.; D'ELBOUX, M. J. Suporte social e expectativa de cuidado de idosos: associação com variáveis socioeconômicas, saúde e funcionalidade. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 503-519, 2019. DOI: 10.1590/0103-1104201912117

SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R.; ALMEIDA, O. P. Caregiver burden in an elderly population with depression in São Paulo, Brazil. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 37, n. 9, p. 416–422, 2002. DOI: 10.1007/s00127-002-0571-6

SCHENE, A. H. Objective and subjective dimensions of family burden. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 25, n. 6, p. 289-297, 1990. DOI: 10.1007/BF00782883

SELBAC, M. T. et al. Mudanças comportamentais e fisiológicas determinadas pelo ciclo biológico feminino – climatério à menopausa. **Aletheia**, v. 51, n. 1-2, p. 177–190, 2018.

SEQUEIRA, C. A. C. Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 2, n. 12, p. 9–16, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239959003.pdf>. Acesso em: 01 fevereiro 2023.

SGARBIERI, V. C.; PACHECO, M. T. B. Envelhecimento humano saudável: fatores intrínsecos e ambientais. **Brazilian Journal of Food Technology**, v. 20, e2017007, 2017. DOI: 10.1590/1981-6723.00717

SILVA, A. R. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 66, n. 1, p. 45–51, 2017. DOI: 10.1590/0047-2085000000149

SIMÃO, A. B.; MACHADO, C. J. Envelhecimento populacional, qualidade de vida e atividade física: pensando e repensando o serviço social. **Serviço Social e Saúde**, v. 16, n. 1, p. 11-23, 2017. DOI: 10.20396/sss.v16i1.8651471

SIMÓN, M. A. et al. Caregiver burden and sleep quality in dependent people's family caregivers. **Journal of Clinical Medicine**, v. 8, n. 7, e1072, 2019. DOI: 10.3390/jcm8071072

SONG, Y. et al. Sleep disruption due to stress in women veterans: a comparison between caregivers and noncaregivers. **Behavioral Sleep Medicine**, v. 19, n. 2, p. 243–254, 2021. DOI: 10.1080/15402002.2020.1732981

SOUZA, I. D.; PEREIRA, J. A.; SILVA, E. M. Between state, society and family: the care of female caregivers. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. suppl 6, p. 2720–2727, 2018. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0111

SOUZA, É. N. **Fatores associados à espiritualidade e religiosidade de idosos cuidadores e não cuidadores**. 2020. 167 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/12866>. Acesso em: 01 fevereiro 2023.

TÉLLEZ, A. et al. Prevalencia de trastornos de sueño en relación con factores sociodemográficos y depresión en adultos mayores de Monterrey, México. **Revista Colombiana de Psicología**, v. 25, n. 1, p. 95–106, 2016. DOI: 10.15446/rcp.v25n1.47859

YÁNEZ, Á.; APIP, M. P. M.; KELLOGG, G. L. The elderly and implications of their biopsychosocial needs for health care in Latin America. **MOJ Gerontology & Geriatrics**, v. 4, n. 6, p. 223–227, 2019. DOI: 10.15406/mojgg.2019.04.00210

YAVO, I. S.; CAMPOS, E. M. P. Cuidador e cuidado: o sujeito e suas relações no contexto da assistência domiciliar. **Psicologia – Teoria e Prática**, v. 18, n. 1, p. 20-32, 2016. DOI: 10.15348/1980-6906/psicologia.

8 ANEXOS

8.1 Anexo A - Escala de Avaliação da Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro

A escala é dividida em duas dimensões: a vertical, denominada “crenças”; e a horizontal, denominada “esperança/otimismo”. A pontuação é calculada da seguinte maneira:
 Crenças= (pontuação questão 1 + pontuação questão 2) / 2
 Esperança/otimismo= (pontuação questão 3 + pontuação questão 4 + pontuação questão 5) / 3
 Quanto maior o valor obtido em cada item, maior a concordância com a dimensão avaliada.

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

8.2 Anexo B - Escala de Sobrecarga de Zarit – Reduzida

Resultado: _____/88	
(1)	Sobrecarga Leve (0 a 20)
(2)	Moderada sobrecarga (21 a 40)
(3)	De moderada a severa sobrecarga (41 a 60)
(4)	Sobrecarga severa (61 a 88)

Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre	Resultado
0	1	2	3	4	
O Sr/Sra. Sente que o S* pede mais ajuda do que ele /ela necessita?					
O Sr/Sra sente que por causa do tempo o Sr/Sra, gasta com S*, o Sr/Sra não tem tempo suficiente para si mesmo?					
O Sr/Sra se sente estressado (a) entre cuidar de S* e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?					
O Sr/Sra se sente envergonhado com o comportamento de S*?					
O Sr/Sra se sente irritado (a) com quando S* está por perto?					
O Sr/Sra sente que S* afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?					
O Sr/Sra sente receio pelo futuro?					
O Sr/Sra sente que S* depende do Sr/Sra?					
O Sr/Sra se sente tenso (a) quando S* está por perto?					
O Sr/Sra sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com S*?					
O Sr/Sra sente que o Sr/Sra não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S*?					
O Sr/Sra. Sente que o Sr/Sra que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr/Sra está cuidando de S*?					
O Sr/Sra não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa de S*?					
O Sr/Sra sente que S* espera que o Sr/Sra cuide dele/dela como se o Sr/Sra fosse a única pessoa de quem ele/ela pode depender?					
O Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S*, somando-se as suas outras despesas?					
O Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar de S* por muito mais tempo?					
O Sr/Sra sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S*?					
O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S*?					
O Sr/Sra sente que tem dúvida sobre o que fazer por S*?					
O Sr/Sra se sente que deveria estar fazendo mais por S*?					
O Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor de S*?					
De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra se sente sobrecarregado (a) por cuidar de S**?					
TOTAL					
* No contexto S refere-se a quem é cuidado pelo entrevistado. Durante a entrevista, o entrevistador usa o nome desta pessoa.					
** Neste item as respostas são: nem um pouco=0, um pouco=1, moderadamente=2, muito=3, extremamente=4.					

8.3 Anexo C – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Associação entre condições sociais, de saúde e fatores emocionais de idosos e seus cuidadores atendidos na Atenção Básica

Pesquisador: Keika Inouye

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45904621.7.0000.5504

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.804.872

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram extraídas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1737615.pdf, de 20/04/2021) e/ou do Projeto Detalhado (Projeto.pdf, de 16/04/2021): RESUMO, HIPÓTESE (se houver), METODOLOGIA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.

Resumo: À medida que a pessoa envelhece, há aumento da vulnerabilidade fisiológica e os recursos sociais, emocionais e financeiros podem se tornar mais escassos. Isso pode predispor o idoso a morbidades, doenças mentais, incapacidades, declínio cognitivo, pobreza e necessidade de cuidados. Sendo assim, este estudo tem como objetivo avaliar a associação entre condições sociais, de saúde e fatores emocionais de idosos e seus cuidadores atendidos na Atenção Básica. Trata-se de pesquisa transversal, descritiva, fundamentada no método quantitativo de investigação. Em função da pandemia de Covid-19 e da necessidade de minimizar os contatos presenciais especialmente com idosos, a proposta é que sejam analisados dados coletados entre 2014 e 2018, antes da pandemia, em projetos do Grupo de Pesquisa Saúde e Envelhecimento. Estas pesquisas foram aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 22956313.6.0000.5504 – intitulada "Variáveis associadas à cognição de idosos cuidadores" e CAAE 46431315.3.0000.5504 – intitulada "Acompanhamento de idosos cuidadores na Atenção Básica") e os dados dos idosos e seus cuidadores encontram-se tabulados respeitando-se os

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.804.872

cuidados de confidencialidade dos participantes. Neste banco de dados, há dados referentes às seguintes variáveis: características sociodemográficas, de cuidado, apoio social e avaliação de saúde; desempenho cognitivo; sobrecarga; depressão; dor; sono; funcionalidade; fragilidade; qualidade de vida; resiliência; atitude em relação à velhice; otimismo; espiritualidade e esperança. Serão realizadas análises estatísticas descritivas e comparativas. Todos os preceitos éticos do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas com seres humanos serão respeitados. Hipótese: Existem diferenças significativas de características sociodemográficas, condições sociais e de saúde e fatores emocionais de idosos e cuidadores atendidos na atenção básica segundo suas condições de desempenho cognitivo; sobrecarga; depressão; dor; sono; funcionalidade; qualidade de vida; espiritualidade e esperança. Metodologia Proposta: Trata-se de pesquisa transversal, descritiva, fundamentada no método quantitativo de investigação. Em função da pandemia de Covid-19 e da necessidade de minimizar os contatos presenciais especialmente com idosos, a proposta é que sejam analisados dados coletados entre 2014 e 2018, antes da pandemia, em projetos do Grupo de Pesquisa Saúde e Envelhecimento. Estas pesquisas foram aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa: CAAE 22956313.6.0000.5504 – intitulada “Variáveis associadas à cognição de idosos cuidadores” e CAAE 46431315.3.0000.5504 – intitulada “Acompanhamento de idosos cuidadores na Atenção Básica”. Os dados dos idosos e seus cuidadores encontram-se tabulados respeitando-se os cuidados de confidencialidade dos participantes. Metodologia de Análise de Dados: Será verificada a normalidade dos dados pelo teste Kolmogorov-Smirnov e serão realizadas, as seguintes análises: - Para caracterizar sociodemográficas, de cuidado e avaliação da saúde dos participantes: análises descritivas. - Para caracterizar desempenho cognitivo; sobrecarga; depressão; dor; sono; funcionalidade; qualidade de vida; resiliência; atitude em relação à velhice; otimismo; espiritualidade e esperança da amostra: análises descritivas; - Para comparar e identificar variáveis sociodemográficas que se diferem segundo diferentes condições de desempenho cognitivo; sobrecarga; depressão; dor; sono; funcionalidade; qualidade de vida; espiritualidade e esperança dos participantes: Teste de Qui-Quadrado de Pearson ou teste Exato de Fisher para comparar as proporções das variáveis categóricas, e Teste de Mann-Whitney ou Teste T de Student para comparar a média das variáveis contínuas. Será considerado como nível de significância estatística o valor de 5% ($p < 0,05$).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Identificar associação entre condições sociais, de saúde e fatores emocionais de idosos e seus cuidadores atendidos na Atenção Básica do município de São Carlos, São Paulo, Brasil.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.804.872

Objetivo Secundário:- Descrever a características sociodemográficas, de cuidado e avaliação da saúde dos participantes.- Descrever o desempenho cognitivo; sobrecarga; depressão; dor; sono; funcionalidade; qualidade de vida; espiritualidade e esperança dos participantes.- Comparar características sociodemográficas, condições sociais e de saúde e fatores emocionais segundo condições de desempenho cognitivo; sobrecarga; depressão; dor; sono; funcionalidade; qualidade de vida; espiritualidade e esperança dos participantes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:Nesta proposta, serão analisados dados coletados entre 2014 e 2018, antes da pandemia, em projetos do Grupo de Pesquisa Saúde e Envelhecimento. Estas pesquisas foram aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa: CAAE 22956313.6.0000.5504 – intitulada “Variáveis associadas à cognição de idosos cuidadores” e CAAE 46431315.3.0000.5504 – intitulada “Acompanhamento de idosos cuidadores na Atenção Básica”. Os riscos previstos na época da coleta de dados foram: cansaço no momento de responder o protocolo que abarcava diversas variáveis e o desconforto emocional que algumas perguntas dos instrumentos poderiam trazer para o respondente.
Benefícios:Apresentar dados sobre características de idosos e cuidadores e da associação entre condições sociais, de saúde e fatores emocionais para que o planejamento de intervenções para esta população na Atenção Básica seja subsidiada por dados consistentes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa pretende usar fontes secundárias de dados (banco de dados) e apresenta o seguinte detalhamento:Em função da pandemia de Covid-19 e da necessidade de minimizar os contatos presenciais especialmente com idosos, a proposta é que sejam analisados dados coletados entre 2014 e 2018, antes da pandemia, em projetos do Grupo de Pesquisa Saúde e Envelhecimento. Estas pesquisas foram aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 22956313.6.0000.5504 – intitulada “Variáveis associadas à cognição de idosos cuidadores” e CAAE 46431315.3.0000.5504 – intitulada “Acompanhamento de idosos cuidadores na Atenção Básica”) e os dados dos idosos e seus cuidadores encontram-se tabulados respeitando-se os cuidados de confidencialidade dos participantes. Neste banco de dados, há dados referentes às seguintes variáveis: características sociodemográficas, de cuidado, apoio social e avaliação de saúde; desempenho cognitivo; sobrecarga; depressão; dor; sono; funcionalidade; fragilidade; qualidade de vida; resiliência; atitude em relação à velhice; otimismo; espiritualidade e esperança. Esta pesquisa atende a recomendação de minimizar os contatos presenciais especialmente com idosos em função da pandemia de Covid-19 e dá oportunidade de analisar dados de um número significativos de idosos e seus cuidadores (n=702) de forma robusta ainda não contemplada

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.804.872

pelo Grupo de Pesquisa. Os dados dos idosos e seus cuidadores encontram-se tabulados respeitando-se os cuidados de confidencialidade dos participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os pesquisadores solicitam dispensa de TCLE sob a seguinte justificativa: Em função da pandemia de Covid-19 e da necessidade de minimizar os contatos presenciais especialmente com idosos, a proposta é que sejam analisados dados coletados entre 2014 e 2018, antes da pandemia, em projetos do Grupo de Pesquisa Saúde e Envelhecimento. Estas pesquisas foram aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 22956313.6.0000.5504 – intitulada “Variáveis associadas à cognição de idosos cuidadores” e CAAE 46431315.3.0000.5504 – intitulada “Acompanhamento de idosos cuidadores na Atenção Básica”) e os dados dos idosos e seus cuidadores encontram-se tabulados respeitando-se os cuidados de confidencialidade dos participantes. Também, como os dados já foram coletados há algum tempo (desde 2014), alguns idosos já podem ter ido à óbito pois a população de idosos era receptora de cuidados. Além disso, para consentimento por meios remotos, temos a dificuldade de contato com esta população específica pois parte dos idosos cadastrados na atenção básica é socialmente vulnerável, tem baixa renda e acesso limitado ou nulo à internet, smartphones, aplicativos de mensagens e até telefone fixo

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se da resposta referente ao parecer ético, versão 1, nº4.736.91, emitido por este CEP, em 26/05/21. A análise das pendências, indicadas na segunda versão, foram feitas com base nos seguintes documentos anexados: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1737615.pdf (11/06/21); TCLE_das_Pesquisas_Antigas.pdf(11/06/21);eticaPB_PARECER2_Corrigido.pdf(01/06/21); eticaPB_PARECER1_Corrigido.pdf (01/06/21); Projeto2.docx (01/06/21);Carta_Resposta_versao1.docx (01/06/21).

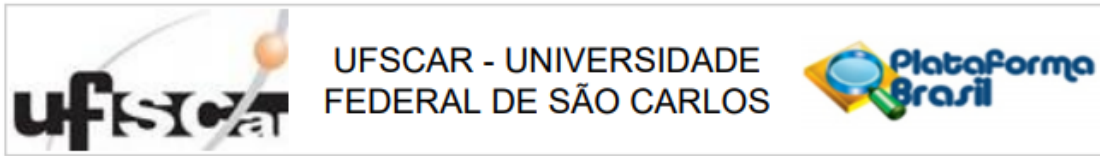
Abaixo, transcrevo e analiso os esclarecimentos prestados pelos pesquisadores no arquivo Carta Resposta:

"Prezado Parecerista,

Agradecemos a cuidadosa análise que nos permite corrigir falhas e melhorar o projeto em termos éticos e metodológicos. A seguir, elencamos as pendências apontadas e as adequações que foram feitas.

1- Riscos:

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	CEP: 13.565-905
Bairro: JARDIM GUANABARA	
UF: SP	Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685	E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.804.872

Concordamos que faltou indicar os riscos previstos aos participantes da pesquisa cujos dados já estão coletados, bem como as medidas adotadas para minimizar tais riscos. Assim, no projeto, especificamente no item 3.7 "Aspectos éticos" (página 13), acrescentamos o seguinte trecho: "Como esta pesquisa se propõe a usar um banco com dados já coletados, os proponentes reconhecem que existe o risco da perda da confidencialidade ou anonimato" e "Para análise dos dados, os proponentes farão um novo banco de dados sem informações pessoais (nome, endereço e telefone) dos participantes (...)".

2- Quanto ao detalhamento do uso de fontes secundárias:

Concordamos que não havia clareza se o banco de dados seria tratado de forma anônima e quem teria acesso às informações. Assim, no projeto, especificamente no item 3.7 "Aspectos éticos" (página 13), acrescentamos o seguinte trecho: "(...) os proponentes farão um novo banco de dados sem informações pessoais (nome, endereço e telefone) dos participantes – cada participante terá apenas um código numérico no referido banco de dados" e "(...) terá acesso ao banco de dados original, apenas os pesquisadores proponentes da pesquisa – já detêm o banco de dados por conta das pesquisas de origem".

3- Quanto à dispensa do TCLE:

Concordamos que é necessário esclarecer que para coleta de dados foi obtido o TCLE dos voluntários de pesquisa e que é importante anexá-los para verificação de seu conteúdo. Assim, no projeto, especificamente no item 3.7 "Aspectos éticos" (página 12), acrescentamos o seguinte trecho que coloca os TCLEs entre os anexos: "Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) das pesquisas intituladas "Variáveis associadas à cognição de idosos cuidadores" e "Acompanhamento de idosos cuidadores na Atenção Básica" com dados coletados em 2014 e 2018 encontram-se em entre os anexos (ANEXOS C e D)". Os referidos termos foram acrescentados em sua íntegra nos anexos constantes nas páginas 22, 23 e 24. Também, foram inseridos entre os arquivos na plataforma.

Em relação ao acesso ao nome dos voluntários listados no banco de dados, no projeto, especificamente no item 3.7 "Aspectos éticos" (página 13), acrescentamos o seguinte trecho: "(...) terá acesso ao banco de dados original, apenas os pesquisadores proponentes da pesquisa – já detêm o banco de dados por conta das pesquisas de origem" e "cada participante terá apenas um código numérico no referido banco de dados. O banco de dados cego garantirá que outras pessoas não terão acesso aos dados pessoais dos participantes".

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.804.872

4- Quanto aos documentos anexados na Plataforma Brasil eticaPB_PARECER2.pdf e eticaPB_PARECER1.pdf:

Realmente, ambos apresentavam o mesmo conteúdo por uma falha do pesquisador que fez a submissão. Estes foram enviados novamente entre os anexos na plataforma".

Análise do CEP: Pendências atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de ética em pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, manifesta-se por considerar "Aprovado" o projeto. Conforme dispõe o Capítulo VI, Artigo 28, da Resolução Nº 510 de 07 de abril de 2016, a responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe, após aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa: II - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Este relatório final deverá ser protocolado via notificação na Plataforma Brasil. OBSERVAÇÃO: Nos documentos encaminhados por Notificação NÃO DEVE constar alteração no conteúdo do projeto. Caso o projeto tenha sofrido alterações, o pesquisador deverá submeter uma "EMENDA".

Considerando a situação sócio sanitária, bem como os planos de contingenciamento da pandemia da COVID-19 municipais e Estaduais; Considerando que as Portarias/Resoluções de Instituições Proponentes de pesquisa são constantemente atualizadas; Considerando o papel do sistema CEP/CONEP em garantir a segurança e proteção do participante da pesquisa por meio dos Protocolos submetidos na Plataforma Brasil; Considerando a corresponsabilidade do pesquisador pela integridade e bem-estar dos participantes da pesquisa;

Este CEP orienta aos pesquisadores o acompanhamento da situação sócio sanitária da região em que ocorrerá a pesquisa, bem como as determinações legais dos planos de contingenciamento do COVID-19 para determinação do início, suspensão ou continuidade de atividades de pesquisas presenciais, mesmo que o Protocolo já se encontre aprovado pelo CEP.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Telefone: (16)3351-9685

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.804.872

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1737615.pdf	11/06/2021 15:48:20		Aceito
Outros	TCLE_das_Pesquisas_Antigas.pdf	11/06/2021 15:47:38	Keika Inouye	Aceito
Parecer Anterior	eticaPB_PARECER2_Corrigido.pdf	01/06/2021 14:39:42	Keika Inouye	Aceito
Parecer Anterior	eticaPB_PARECER1_Corrigido.pdf	01/06/2021 14:39:33	Keika Inouye	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto2.docx	01/06/2021 14:37:58	Keika Inouye	Aceito
Outros	Carta_Resposta_versao1.docx	01/06/2021 14:35:51	Keika Inouye	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	20/04/2021 09:29:00	Keika Inouye	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	16/04/2021 14:34:03	Keika Inouye	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 24 de Junho de 2021

Assinado por:

**Adriana Sanches Garcia de Araújo
(Coordenador(a))**

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br

9 APÊNDICE

9.1 Apêndice A - Ficha de Caracterização da Idosa Cuidadora Informal

Sobre a cuidadora:

Idade (em anos): _____

Estado civil:

- (a) casada/com companheiro
- (b) solteira
- (c) viúva
- (d) divorciada/separada/desquitada

Escolaridade (em anos): _____

Cor da pele:

- (a) branca
- (b) mulata/cabocla/pardo
- (c) preta
- (d) amarela
- (e) indígena

Religião:

- (a) não tem
- (b) tem.

a. Qual? _____ Pratica: (a) não pratica (b) pratica

Aposentadoria? (a) Sim (b) Não

Renda individual (em reais): _____

Renda familiar (em reais): _____

Considera suficiente? (a) Sim (b) Não

Tem plano de saúde? (a) Sim (b) Não

Sobre o cuidado:

De quem cuida:

- (a) Cônjuge
- (b) Pais
- (c) sogro(a)
- (d) irmão(ã)
- (e) outro)

Há quanto tempo (em anos)? _____

Tempo de dedicação diária (em horas)? _____

Teve treinamento para o cuidado? (a) Sim (b) Não

O Sr(a) tem dificuldade para dormir? (a) Sim (b) Não