

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
DEPARTAMENTO DE GERONTOLOGIA – DGero

MAYARA MAYUMI YAZAWA

**APOIO SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA: um estudo comparativo entre idosos
cuidadores e idosos receptores de cuidado**

SÃO CARLOS - SP

2023

MAYARA MAYUMI YAZAWA

**APOIO SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA: um estudo comparativo entre idosos
cuidadores e idosos receptores de cuidado**

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

Orientação: Profa. Dra. Ariene Angelini dos
Santos Orlandi

Coorientação: Profa. Dra. Keika Inouye

SÃO CARLOS - SP

2023

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais,

Eliza e Erasmo.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus pela oportunidade de estar em uma ótima faculdade, por ter me dado forças quando não tinha mais, por todas as dificuldades e obstáculos passados, pelas pessoas que conheci ao longo da graduação e por me acompanhar durante todos esses anos.

Agradeço aos meus pais que estiveram sempre comigo, tanto nos momentos bons quanto nos ruins e por toda e tanta dedicação para que eu pudesse estar em São Carlos estudando nessa universidade.

Agradeço à minha família que torceu muito para que eu conseguisse tudo de melhor durante a minha graduação e me ajudaram no que eu precisei.

Agradeço imensamente à minha orientadora Ariene Angelini dos Santos Orlandi, sem ela eu não teria conseguido realizar esse trabalho, me orientou em todas as dificuldades, dúvidas, me auxiliou sempre da melhor forma, me ensinando, me ajudando muito no meu crescimento profissional e sendo essa orientadora e professora tão incrível.

Agradeço à minha coorientadora Keika Inouye por todo carinho, incentivo e ajuda que me deu durante todo o processo do trabalho e da graduação.

Agradeço a todos os professores que de alguma forma participaram da minha formação e me ensinaram um pouco do que guardo dentro de mim.

Agradeço aos meus amigos de curso, Amanda, Anna Clara, Anna Julia, Bianca, Manuela, Maria Eduarda, Sara, Thays e Willy, por terem me acompanhado por todos esses anos, me ajudando e estando comigo nas dificuldades e alegrias.

Agradeço as minhas veteranas, Fernanda, Marcela e Sabrina, e principalmente as minhas madrinhas, Daniele e Danielle, que me ajudaram muito ao longo da minha trajetória na faculdade.

Agradeço também a minha amiga de ensino fundamental e médio, Mylla Ortega Brandão, que desde que eu passei na faculdade foi uma das pessoas que mais vibrou, me apoiou e esteve ao meu lado, mesmo que de longe.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que passaram pela minha vida durante a graduação, estiveram comigo e que de alguma forma me ensinaram algo.

RESUMO

Introdução: Demandas específicas de saúde podem existir entre os idosos e isso reforça a necessidade de se estudar aspectos capazes de melhorar a qualidade de vida e a saúde na velhice. Nesse sentido, o apoio social tem sido considerado um importante determinante de saúde e doença. Com o envelhecimento populacional e a maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis pode haver limitação no desempenho de atividades de vida diária e a necessidade de um cuidador. A tarefa de cuidar pode surgir repentinamente e o cuidador necessitar de apoio social, especialmente quando são idosos que cuidam de outros idosos. Estudiosos apontam que a existência de apoio social na velhice pode melhorar a qualidade de vida e o bem-estar dos cuidadores. Sabe-se que a falta de apoio social pode intensificar problemas de saúde e impactar negativamente no cuidado oferecido. Sendo assim, mediante a identificação precoce da escassez ou insuficiência de apoio social, intervenções podem ser planejadas a fim de reduzir os gastos com os serviços de saúde e melhorar a qualidade de vida desses indivíduos. **Objetivo:** comparar o apoio social e a qualidade de vida entre idosos cuidadores e idosos receptores de cuidado. **Método:** pesquisa observacional, de corte transversal e abordagem quantitativa. É um recorte de um estudo maior realizado no município de São Carlos/SP, com 112 idosos com 60 anos ou mais e que moravam com outro idoso, sendo 56 idosos cuidadores e 56 idosos receptores de cuidado. A coleta de dados aconteceu na residência dos idosos, de julho/2019 a março/2020, com os instrumentos: questionário para caracterização dos idosos (cuidadores e receptores de cuidado) e do contexto do cuidado, Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study e dois Questionários de Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old). Análises descritivas e comparativas foram realizadas. Foram utilizados os testes Qui-Quadrado de Pearson, Mann-Whitney, e Correlação de Spearman. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$). Todos os aspectos éticos que envolvem pesquisas com seres humanos foram observados. **Resultados:** em relação ao apoio social, os idosos cuidadores obtiveram pontuação média de 81,64 e os idosos receptores de cuidado, 83,53. No que diz respeito aos resultados obtidos nas escalas sobre qualidade de vida, os idosos cuidadores apresentaram pontuação média total de 61,79 e 71,73. Os idosos receptores de cuidado tiveram pontuação média total de 60,73 e 70,39. Identificou-se diferença estatisticamente significativa entre os participantes para o apoio material ($p = 0,004$) e o domínio físico da escala de qualidade de vida ($p = 0,002$). Observou-se correlação direta e moderada entre a qualidade de vida e o apoio social dos idosos cuidadores ($p < 0,001$). **Conclusão:** idosos cuidadores têm menores escores de apoio material e melhor percepção do domínio físico da escala de qualidade de vida

quando comparados aos idosos receptores de cuidado. Além disso, a correlação identificada entre as variáveis de interesse permite inferir que quanto maior for a pontuação obtida na escala de apoio social, maior também será a pontuação na escala de qualidade de vida.

Palavras-chave: Apoio social. Qualidade de Vida. Idoso. Cuidadores.

ABSTRACT

Introduction: Specific health demands may exist among the older adults and this reinforces the need to study aspects capable of improving quality of life and health in old age. In this sense, social support has been considered an important determinant of health and disease. With the aging population and the higher prevalence of chronic non-communicable diseases, there may be limitations in the performance of activities of daily living and the need for a caregiver. The task of caregiving may arise suddenly and the caregiver may need social support, especially when they are older adults who care for other older adults. Scholars point out that having social support in old age can improve the quality of life and well-being of caregivers. It is known that a lack of social support can intensify health problems and negatively impact caregiving. Thus, by early identification of the scarcity or insufficiency of social support, interventions can be planned in order to reduce health care costs and improve the quality of life of these individuals. **Objective:** comparing social support and quality of life among older caregivers and older adults care recipients. **Method:** observational, cross-sectional and quantitative research. It is a cut of a larger study conducted in the city of São Carlos/SP, with 112 older people aged 60 years or older who lived with another older person, 56 older caregivers and 56 older adults care receivers. Data collection took place at the older adults home from July/2019 to March/2020, with the following instruments: questionnaire for characterization of the older adults (caregivers and care recipients) and of the care context, Medical Outcomes Study Social Support Scale and two Quality of Life Questionnaires (WHOQOL-Bref and WHOQOL-Old). Descriptive and comparative analyses were performed. Pearson's Chi-square, Mann-Whitney, and Spearman's Correlation tests were used. The significance level adopted was 5% ($p < 0.05$). All ethical aspects involving research with human beings were observed. **Results:** regarding social support, the older caregivers obtained a mean score of 81.64 and the older adults care receivers, 83.53. With regard to the results obtained in the scales on quality of life, the older caregivers had total mean scores of 61.79 and 71.73. The older adults care receivers had mean total scores of 60.73 and 70.39. A statistically significant difference was identified between the participants for material support ($p = 0.004$) and the physical domain of the quality of life scale ($p = 0.002$). A direct and moderate correlation was observed between quality of life and social support of the older caregivers ($p < 0.001$). **Conclusion:** older caregivers have lower scores of material support and better perception of the physical domain of the quality of life scale when compared to the older adults care receivers. Moreover, the correlation identified between the variables of

interest allows us to infer that the higher the score obtained in the social support scale, the higher the score in the quality of life scale.

Keywords: Social Support. Quality of Life. Aged. Caregivers.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos participantes segundo aspectos sociodemográficos. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=112).....	25
Tabela 2 – Distribuição dos participantes segundo aspectos de saúde. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=112).....	26
Tabela 3 – Análise comparativa do apoio social dos participantes. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=112).....	27
Tabela 4 – Análise comparativa da qualidade de vida dos participantes. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=112).....	27
Tabela 5 – Análise de correlação entre qualidade de vida e apoio social de idosos cuidadores. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=56).....	28

LISTA DE SIGLAS

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

APPF – Atividades Passadas, Presentes e Futuras

DP – Desvio Padrão

EUA – Estados Unidos da América

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPVS – Índice Paulista de Vulnerabilidade Social

KDQOL - Kidney Disease and Quality-of-Life

PR – Paraná

QV – Qualidade de Vida

SP – São Paulo

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TO – Tocantins

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

USF – Unidade de Saúde da Família

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Contexto de cuidado aos idosos	11
1.2 Apoio social e qualidade de vida na velhice	13
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVOS	18
3.1 Objetivo Geral	18
3.2 Objetivos Específicos	18
4 HIPÓTESES	19
5 MATERIAL E MÉTODO	20
5.1 Tipo de estudo	20
5.2 Local de estudo	20
5.3 Participantes do estudo	20
5.4 Aspectos éticos	21
5.5 Procedimentos e período para coleta de dados	21
5.7 Instrumentos para coleta de dados	22
5.8 Análise de dados	23
6 RESULTADOS	25
7 DISCUSSÃO	30
8 CONCLUSÃO	34
REFERÊNCIAS	35
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	41
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS E DO CONTEXTO DE CUIDADO	43
ANEXO A - ESCALA DE INDEPENDÊNCIA EM ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA DE KATZ	49
ANEXO B – ESCALA DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA DE LAWTON E BRODY	51
ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO CARLOS	52
ANEXO D – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	53
ANEXO E – ESCALA DE APOIO SOCIAL DO MEDICAL OUTCOMES STUDY	56
ANEXO F – WHOQOL Bref e WHOQOL Old	57

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contexto de cuidado aos idosos

Ao longo dos anos, os países passaram pelo processo de transição demográfica. No Brasil, ocorreram dois momentos importantes, que devem ser destacados. No primeiro deles, houve a redução da taxa de mortalidade e manteve-se elevada a taxa de natalidade, tornando evidente na pirâmide etária o predomínio de indivíduos mais jovens. No segundo momento, ocorreu significativa diminuição das taxas de fecundidade, natalidade e mortalidade, acarretando aumento da expectativa de vida, o que contribuiu para o processo de envelhecimento populacional (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Concomitantemente às mudanças demográficas e ao envelhecimento da população, presenciamos a transição epidemiológica. Anteriormente, os indivíduos eram acometidos, majoritariamente, por doenças infecciosas e parasitárias. Porém, com o avanço no campo da medicina, as doenças crônicas não transmissíveis e as degenerativas ganharam espaço no contexto epidemiológico, o que gerou mudanças no modelo de assistência à saúde pela necessidade de recursos para promoção e prevenção das doenças (OLIVEIRA, 2019).

Diante do aumento da longevidade e do predomínio das doenças crônicas, muitos idosos podem demonstrar prejuízos no desempenho das atividades básicas e instrumentais de vida diária, culminando na necessidade de um cuidador (NUNES *et al.*, 2018b). O cuidador é quem oferece apoio e incentivo à realização de tais atividades para o indivíduo que apresenta dependência em maior ou menor grau (DINIZ *et al.*, 2018).

A literatura indica a existência de dois tipos de cuidadores: os formais, que recebem remuneração pelo serviço prestado e muitas vezes apresentam capacitação; e os informais, os quais exercem a tarefa de cuidar de maneira voluntária e, geralmente, são familiares, amigos ou vizinhos do idoso cuidado (ALBUQUERQUE *et al.*, 2019). Em nosso país, esse cuidado é ofertado predominantemente no domicílio do idoso, haja vista que a família é considerada a fonte primária de apoio (SIQUEIRA *et al.*, 2018).

Estudos nacionais e internacionais apontam que o cuidador de idoso é, na maioria das vezes, do sexo feminino, de meia idade ou idosa, casada, do lar, com baixa escolaridade, vulnerabilidade econômica e que reside no mesmo domicílio do idoso receptor de cuidados (GARCIA-CARDOZA *et al.*, 2018; JESUS; ORLANDI; ZAZZETTA, 2018b; NUNES *et al.*, 2018a; OTTAVIANI *et al.*, 2019).

No Brasil, nas últimas décadas, as estruturas familiares passaram por transformações significantes, pois surgiram novos arranjos familiares, maior instabilidade matrimonial,

redução do número de filhos e alteração das funções sociais, como por exemplo, as mulheres, que antes possuíam a missão de cuidar da casa e da família, tiveram sua inserção no mercado de trabalho (KUPPER, 2013; PASSOS; GUEDES, 2018). Diante desses fatores e do envelhecimento populacional, ficou evidente a crescente quantidade de idosos cuidando de outros idosos, visto que o cônjuge, muitas vezes, era a única opção disponível para exercer o cuidado (TOMOMITSU; FERRACINI; NERI, 2014).

Um estudo transversal, com o objetivo de caracterizar idosos cuidadores de outros idosos inseridos em contexto de alta vulnerabilidade social, foi desenvolvido com 40 idosos cuidadores do município de São Carlos (SP). Como resultados, identificou-se predomínio de mulheres, esposas do idoso receptor de cuidado, inseridas na faixa etária de 60 a 69 anos, com baixa escolaridade e independentes para a realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária (SANTOS-ORLANDI *et al.*, 2017).

Uma pesquisa transversal foi desenvolvida com 148 idosos cuidadores residentes em quatro municípios do interior paulista, tendo como objetivo comparar a satisfação com a vida desses cuidadores familiares, levando em conta, tanto variáveis sociodemográficas, de saúde quanto aquelas relacionadas ao contexto de cuidado, além de identificar os fatores associados à baixa satisfação com a vida. De acordo com os resultados, os fatores associados à baixa satisfação com a vida foram fragilidade, baixa qualidade de vida e alta sobrecarga do idoso cuidador (CALDEIRA *et al.*, 2017).

Foi realizado em Taiwan um estudo transversal a fim de comparar os impactos na saúde dos cuidadores idosos e dos mais jovens em relação ao uso de serviços domiciliares de longa duração. Os resultados obtidos indicaram que a satisfação quanto à saúde dos cuidadores com 65 anos ou mais está relacionada com os gastos consequentes do cuidado e com o seu vínculo empregatício. Além disso, quando houve ajuda para o cuidado, apresentaram um nível superior de satisfação com sua saúde, devido à provável diminuição da sobrecarga (CHEN *et al.*, 2017).

Pesquisa chilena, desenvolvida com idosos cuidadores, objetivou conhecer a percepção sobre a tarefa de cuidar de outros idosos com dependência grave. Os resultados mostraram que dentre os principais motivos relacionados ao desempenho do cuidado estavam o carinho e a obrigação matrimonial. A maioria desses idosos cuidadores era mulheres, que se sentiam sobrecarregadas por não receberem o apoio de outras pessoas para a tarefa de cuidar do idoso dependente (RAMÍREZ-PEREIRA *et al.*, 2018).

Perante o exposto, ressalta-se que, no contexto de cuidar, o apoio social é muito importante e pode melhorar a qualidade de vida tanto do idoso cuidador quanto do idoso que

recebe o cuidado (SANTOS-ORLANDI *et al.*, 2019). Estudiosos afirmam que a escassez ou ausência do apoio social pode estar associada ao declínio de saúde que os cuidadores idosos vivenciam ao desempenhar a tarefa de cuidar (TOMOMITSU; PERRACINI; NERI, 2014). Além disso, o apoio social é considerado um fator protetor ao melhorar a sensação de bem-estar e qualidade de vida desses cuidadores (NERI; VIEIRA, 2013).

1.2 Apoio social e qualidade de vida na velhice

As redes sociais estão relacionadas às estruturas e instituições com que os indivíduos possuem relações, as quais oferecem apoio social e fazem parte da construção social das pessoas (PINHEIRO; GUANAES, 2011). Podem ser formais, como as organizações religiosas, o trabalho e o sistema de saúde; e informais, que são os familiares, a vizinhança, amigos e colegas (ROSA; BENÍCIO, 2009). O apoio social é visto como algo mais subjetivo e individual, devido à percepção de cada indivíduo sobre os sentimentos, vínculos e confiança vindos das interações entre as pessoas que estão em sua rede social (FONSECA; MOURA, 2008; EVANGELISTA; CONSTANTINO, 2013).

A literatura descreve a existência de alguns tipos de apoio social, os quais são: material, que se refere à disponibilidade de suporte físico e para com as atividades instrumentais de vida diária (ex: ajuda financeira ou nas tarefas domésticas); afetivo, diz respeito à manifestação de afeto e carinho (ex: abraço); interação social positiva, ter pessoas com quem possa usufruir boa relação e dividir momentos; emocional, envolve empatia e acontece diante de necessidades emotivas e sentimentais; e informacional, contar com a presença de indivíduos que forneçam informações, conhecimentos e conselhos (GRIEP *et al.*, 2005).

Na velhice, é importante que os idosos tenham apoio social, uma rede fortalecida e participem de locais que incentivem as relações sociais, uma vez que auxiliam a conservar a saúde (TAVARES; OLIVEIRA; FERREIRA, 2020). Participar de atividades de convivência pode ser benéfico, pois há maior bem-estar, autonomia, envelhecimento ativo e interação social (SCHOFFEN; SANTOS, 2018).

Além disso, pesquisadores apontam que o apoio social pode ser considerado como um agente protetor contra o desenvolvimento de dependência (GUEDES *et al.*, 2017; BRITO *et al.*, 2018); pode reverter sintomas depressivos (TAVARES; OLIVEIRA; FERREIRA, 2020); refletir-se em menores níveis de fragilidade (JESUS; ORLANDI; ZAZZETTA, 2018a); menores índices de queda (TAVARES; OLIVEIRA; FERREIRA, 2020); além de proporcionar altos níveis de bem-estar e qualidade de vida (NERI; VIEIRA, 2013). Esses aspectos reiteram

a importância de relações alicerçadas em reciprocidade, confiança e cooperação entre as pessoas idosas.

Estudo longitudinal analisou as características relativas às redes de apoio social e sua relação com a funcionalidade de idosos moradores da cidade de São Paulo (SP). Os autores encontraram que a rede social dos idosos era composta por aproximadamente oito pessoas. Em idosos dependentes destacou-se o recebimento de apoio material e em idosos independentes, de apoio emocional. Identificaram ainda que oferecer apoio social foi considerado como proteção contra o desenvolvimento de incapacidade funcional (BRITO *et al.*, 2018).

Pesquisa transversal e quantitativa, teve como objetivo detalhar a rede de apoio social de 27 idosos inseridos em uma Universidade da Maturidade no município de Palmas (TO). Os resultados mostraram que esses idosos possuíam uma rede com 11,3 pessoas em média. Cerca de 16% dos entrevistados contavam com somente duas pessoas, sendo principalmente os familiares. Dentre os tipos de apoio, observou-se maior prevalência de apoio afetivo e menor prevalência de apoio emocional. Apesar de os idosos terem relatado pequenas redes, a maior parte deles estava satisfeita (BARBOSA *et al.*, 2019).

Evidências na literatura sugerem que o apoio social pode melhorar a qualidade de vida dos idosos, os quais se sentem menos solitários e com redução dos sentimentos negativos (SOUSA *et al.*, 2020). A qualidade de vida é definida pela Organização Mundial da Saúde (2012) como “percepção dos indivíduos sobre sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valor em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012, p. 3). Em vista disso, nota-se que é algo subjetivo e individual, cada um possui sua percepção sobre (GOMES; COQUEIRO, 2017). Nos idosos, está relacionada a diversos hábitos que tiveram, condições em que viveram e episódios acontecidos durante toda vida (FERREIRA; MEIRELES; FERREIRA, 2018).

Estudo realizado em uma cidade no interior de Minas Gerais, no Brasil, analisou a relação entre apoio social, qualidade de vida e depressão em pessoas elegíveis para receber cuidados paliativos. A amostra foi composta por 115 pacientes com idades de 59 a 76 anos, atendidos por seis unidades de atenção primária à saúde. Os resultados obtidos mostraram que as pessoas com mais sintomas depressivos tiveram menor apoio social e pior percepção sobre a qualidade de vida. Houve significância estatística entre apoio social e qualidade de vida, ou seja, quanto maior a pontuação para apoio social, maior era a de qualidade de vida (AZEVEDO *et al.*, 2017).

Um estudo que averiguou a associação entre aspectos cognitivos, apoio social e qualidade de vida foi desenvolvido com 110 idosos com idade de 70 a 79 anos inseridos em uma Unidade de Saúde em Curitiba (PR). Verificou-se escores satisfatórios de apoio social e de qualidade de vida. Além disso, foi observada associação positiva e significativa entre as três variáveis (COELHO; MICHEL, 2018).

Uma pesquisa descritiva e correlacional foi realizada a fim de analisar a relação entre apoio social e qualidade de vida de 168 idosos iranianos. Observou-se um escore médio de 34,67 para qualidade de vida e de 73,25 para apoio social, sendo que 66,5% dos idosos possuíam um nível elevado de suporte. Concluíram que o nível de qualidade de vida se elevou de acordo com o aumento dos escores de apoio social e o suporte vindo da família apresentou melhores efeitos do que o dos amigos e outras pessoas (MOGHADAM *et al.*, 2020).

Pesquisa polonesa, de corte transversal, objetivou verificar a correlação entre apoio social e qualidade de vida de 957 idosos institucionalizados e sem declínio cognitivo. Os resultados apresentaram correlação linear entre as duas variáveis, ou seja, quanto maior a pontuação na escala de apoio social, maior era a pontuação no questionário de qualidade de vida. O apoio emocional foi identificado como o mais importante aos idosos (CHRUŚCIEL; DOBROWOLSKA, 2020).

Diante do exposto, tanto a literatura nacional quanto a internacional demonstram que o apoio social está associado a uma percepção positiva sobre qualidade de vida entre os idosos. Será que o mesmo ocorre com os idosos cuidadores inseridos em contexto de alta vulnerabilidade social? Há diferença nessas variáveis em relação a idosos receptores de cuidados e idosos que são cuidadores?

2 JUSTIFICATIVA

Demandas específicas de saúde podem existir entre os idosos e isso reforça a necessidade de se estudar aspectos capazes de melhorar a qualidade de vida e a saúde na velhice. Nesse sentido, o apoio social tem sido considerado um importante determinante de saúde e doença (GUEDES *et al.*, 2017). Sua importância aumenta ainda mais ao longo dos anos (MAIA *et al.*, 2016) e pode influenciar positivamente na saúde dos idosos (BRITO *et al.*, 2018, TAVARES; OLIVEIRA; FERREIRA, 2020). Quando o apoio é escasso, está ligado à mortalidade por várias causas (GUEDES *et al.*, 2017), ao isolamento social (BEZERRA; NUNES; MOURA, 2021), à quadros depressivos e de ansiedade (DOMÈNECH-ABELLA *et al.*, 2019), com impacto indireto sobre os serviços de saúde (GUEDES *et al.*, 2017). Quando é satisfatório e suficiente, melhora os sintomas depressivos, mantém a funcionalidade, previne a institucionalização e as quedas, além de melhorar a qualidade de vida (BRITO *et al.*, 2018, TAVARES; OLIVEIRA; FERREIRA, 2020).

A qualidade de vida é algo fundamental para o ser humano em todas as fases de sua vida e está relacionada ao bem-estar, à saúde, à satisfação e à percepção sobre a vida nos âmbitos psicológico, físico e social (OLIVEIRA *et al.*, 2018). Nota-se que ser uma pessoa ativa, ter apoio social e realizar as atividades de maneira autônoma são ações importantes para ter uma boa qualidade de vida (FERREIRA *et al.*, 2017, FIDALGO; LANDIM; MELO, 2018), porém, quando estas ações são escassas podem afetar negativamente os idosos cuidadores gerando sintomas depressivos, falta de interação social e dificuldade de cuidar de sua própria saúde (ALBUQUERQUE *et al.*, 2019). Em vista disso, faz-se necessário aumentar cada vez mais as pesquisas ligadas a essa temática.

No Brasil, em decorrência da redução do número de filhos, da composição de diversificados arranjos familiares, do envelhecimento populacional e da inserção da mulher no mercado de trabalho houve um aumento expressivo no número de idosos cuidando de outros idosos (TOMOMITSU; FERRACINI; NERI, 2014). Em vista disso, nota-se que idosos cuidadores podem estar mais propensos a terem enfermidades em virtude da idade avançada e do oferecimento ininterrupto da tarefa de cuidar, deixando de lado, muitas vezes, seu autocuidado (SANTOS-ORLANDI *et al.*, 2017). Dessa maneira, é importante que estudos relacionados à compreensão do contexto de cuidado sejam realizados, a fim de que

intervenções assertivas sejam implementadas, pois é necessário que idosos cuidadores tenham boa saúde para oferecer um cuidado de qualidade (ROSSETTI *et al.*, 2018).

Idosos cuidadores inseridos em contexto de alta vulnerabilidade social podem estar mais expostos à privação de alguns recursos, os quais seriam capazes de afetar a saúde e a qualidade de vida dos mesmos, além de prejudicar o cuidado oferecido (SANTOS-ORLANDI *et al.*, 2017; ROSSETTI *et al.*, 2018). Pesquisadores apontam que diante desse contexto, idosos podem estar insatisfeitos com suas relações sociais e o apoio material recebido (CAMELO; GIATTI; BARRETO, 2016).

Estudos que investigaram o apoio social e a qualidade de vida de idosos cuidadores são escassos na literatura. Sendo assim, compreender a conjuntura existente entre essas variáveis nesse público-alvo mostra-se pertinente. Sabe-se que, diante da privação do apoio social, especialmente em contextos de alta vulnerabilidade social, tanto a saúde quanto a qualidade de vida podem estar prejudicadas.

Nesse sentido, os profissionais da atenção primária à saúde podem aplicar a avaliação geriátrica ampla a fim de detectar precocemente as queixas dos idosos cuidadores para que intervenções assertivas possam ser planejadas e implementadas com o intuito de melhorar a qualidade de vida deles. A reflexão sobre os resultados obtidos no presente estudo poderá originar novos questionamentos e investigações.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Comparar o apoio social e a qualidade de vida entre idosos cuidadores e idosos receptores de cuidado.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os idosos cuidadores e os idosos receptores de cuidado segundo variáveis sociodemográficas e de saúde e compará-los entre si;
- Analisar o contexto de cuidado;
- Verificar o número de integrantes da rede de apoio social dos idosos cuidadores e dos idosos receptores de cuidado;
- Avaliar o apoio social recebido pelos idosos cuidadores e receptores de cuidado;
- Avaliar a qualidade de vida de idosos cuidadores e receptores de cuidado;
- Analisar a relação entre apoio social e qualidade de vida de idosos cuidadores.

4 HIPÓTESES

Acredita-se que idosos cuidadores tenham menor apoio social recebido e melhor percepção de qualidade de vida quando comparados aos idosos receptores de cuidado. Além disso, espera-se identificar relação diretamente proporcional entre apoio social e qualidade de vida de idosos cuidadores, ou seja, quanto maior for a pontuação na escala de apoio social, maior também será a pontuação na escala de qualidade de vida.

5 MATERIAL E MÉTODO

5.1 Tipo de estudo

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

5.2 Local de estudo

O estudo principal foi desenvolvido no município de São Carlos (SP), com idosos atendidos em cinco Unidades de Saúde da Família (USFs) inseridas em contexto de alta vulnerabilidade social, de acordo com o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS).

O IPVS considera aspectos socioeconômicos e demográficos das pessoas residentes no Estado de São Paulo e está categorizado em sete níveis de vulnerabilidade: Grupo 1 (baixíssima vulnerabilidade), Grupo 2 (vulnerabilidade muito baixa), Grupo 3 (vulnerabilidade baixa), Grupo 4 (vulnerabilidade média), Grupo 5 (vulnerabilidade alta – setores urbanos), Grupo 6 (vulnerabilidade muito alta) e Grupo 7 (vulnerabilidade alta – setores rurais) (FUNDAÇÃO SEADE, 2010).

A população de São Carlos, de acordo com o último censo demográfico, correspondia a 221.950 habitantes, sendo 12,9% de idosos, ou seja, pessoas com 60 anos de idade ou mais (IBGE, 2010). Atualmente, o município possui 21 USFs, sendo 19 localizadas no âmbito urbano e as demais em área rural (SÃO CARLOS, 2020). As cinco USFs selecionadas para o presente estudo possuem IPVS=5.

5.3 Participantes do estudo

A amostra foi composta por todas as pessoas que atenderam os seguintes critérios de inclusão: possuir 60 anos de idade ou mais e morar com outro idoso no mesmo domicílio. Para a composição do grupo de cuidadores, levou-se em consideração: ser o principal cuidador do idoso, desempenhar informalmente a tarefa de cuidar, ser familiar do idoso cuidado, o qual estivesse dependente para pelo menos uma atividade básica (ABVD) avaliada pelo Índice de Katz (ANEXO A) ou instrumental de vida diária (AIVD) avaliada pela Escala de Lawton e Brody (ANEXO B). Os critérios de exclusão adotados foram: graves déficits de fala e/ou audição, percebidos no momento da coleta de dados, que pudessem dificultar a comunicação durante a aplicação dos instrumentos propostos.

A amostra foi selecionada a partir de uma lista, fornecida pelos profissionais das cinco USFs, com 168 domicílios, os quais eram compostos por pelo menos dois idosos. Todos foram visitados. Dentre eles, 49 não indicaram interesse em participar do estudo, 32 não foram encontrados pelos pesquisadores após três tentativas em dias e horários distintos, 18 não residiam mais no endereço informado, três óbitos e um dos domicílios apresentava idosos independentes para ABVD e AIVD. Dos 65 domicílios restantes em que a dupla de idosos participou da coleta, nove foram excluídos pois não apresentaram todos os dados das variáveis de interesse. Desse modo, a amostra final deste estudo foi composta por 56 idosos cuidadores e 56 idosos receptores de cuidados. Devido à intenção de investigar toda a população de idosos cuidadores e seus respectivos idosos cuidados da lista fornecida pelas USFs, não foi realizado cálculo do tamanho amostral. Assim os resultados obtidos serão considerados de natureza exploratória e não confirmatória.

5.4 Aspectos éticos

Todos os preceitos éticos contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde foram observados e respeitados. Houve a autorização da Secretaria Municipal de Saúde (ANEXO C) e posterior aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da UFSCar (ANEXO D). Antes do início da coleta de dados, todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – APÊNDICE A) em duas vias, sendo uma para o idoso e a outra para os pesquisadores.

5.5 Procedimentos e período para coleta de dados

Contato inicial foi realizado com a equipe das cinco USFs para identificação dos domicílios a serem visitados. Os agentes comunitários de saúde e as enfermeiras das USFs elaboraram uma lista com os nomes e endereços dos idosos que residiam com pelo menos mais um idoso na mesma casa. Em seguida, visitas domiciliárias foram realizadas a todos os idosos indicados para verificação do atendimento dos critérios de inclusão e exclusão. Neste momento, o estudo foi apresentado. Para aqueles que atenderam os critérios de inclusão, foi feito o convite para participar da pesquisa. No caso de aceite, nova visita domiciliária foi agendada para assinatura do TCLE e início da avaliação.

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

5.7 Instrumentos para coleta de dados

Caracterização dos idosos e do contexto de cuidado (APÊNDICE B): As informações foram coletadas por meio de um questionário construído previamente pelos pesquisadores, dividido em duas etapas. Inicialmente, foram coletados dados de caracterização sociodemográfica e de saúde dos idosos, com informações sobre: sexo (feminino ou masculino), idade (em anos), situação conjugal (com companheiro ou sem companheiro), escolaridade (em anos), raça (parda, branca, preta, amarela ou indígena), renda familiar e individual (em reais), aposentadoria (sim ou não), trabalho atual (sim ou não), considera a renda suficiente (sim ou não), quantidade de filhos, quantidade de pessoas que residem na casa, plano particular de saúde (sim ou não), número de medicamentos em uso, queda e internações no último ano (sim ou não), atividade física (sim ou não), etilismo (sim ou não), tabagismo (sim ou não). Posteriormente, foram coletados dados de caracterização do contexto de cuidado, com informações sobre: grau de parentesco (cônjuge, pai/mãe, sogro(a), irmão(ã) ou outro), há quanto tempo o cuidado é exercido (em anos), quantas horas e dias na semana são destinados a esse cuidado, se realizou algum curso preparatório para cuidar de um idoso (sim ou não), se recebe ajuda para a tarefa de cuidar (sim ou não).

Índice de Katz para Atividades Básicas de Vida Diária (ANEXO A): desenvolvido em 1963 por Katz et al., e validado para uso no contexto brasileiro em 2005. O instrumento é utilizado para avaliar áreas da vida cotidiana de autocuidado como: aptidão para banhar e vestir-se, controle de esfíncteres, transferência, higiene e alimentação. O instrumento é composto por opções de respostas como independente, necessita de auxílio e dependente de acordo com o nível de dependência do respondente. Para pontuação, ao término, o entrevistador verificar em quantas atividades o idoso é independente e em quantas atividades ele se mostra dependente para as questões de autocuidado (KATZ *et al.*, 1963; LINO *et al.*, 2008).

Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton e Brody (ANEXO B): desenvolvida em 1969 por Lawton e Brody e validada e adaptada em 2008 por Santos e Virtuoso Júnior para uso no contexto brasileiro. A escala é utilizada para avaliação das atividades instrumentais de vida diária, a qual avalia o grau de independência para atividades como: capacidade de usar o telefone, fazer compras e viagens, manejar dinheiro, realizar trabalho doméstico, preparar refeições e usar medicamentos. Para cada atividade, o idoso pode pontuar 1 para dependência completa, 2 para dependência parcial ou 3 para

independência. Somados ao final, a pontuação pode variar entre 7 e 21 pontos, sendo que quanto menor a pontuação maior o grau de dependência do entrevistado. De acordo com Santos e Virtuoso Júnior os escores para classificação final são: dependência total 7 pontos; dependência parcial de 8 a 20 pontos; e independência 21 pontos (LAWTON; BRODY, 1969; SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008).

Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study (ANEXO E): questionário composto por 19 itens, o qual compreende cinco dimensões funcionais de apoio social: material; afetivo; emocional; interação social positiva e informação. Para cada item, o participante deve indicar com que frequência considera disponível cada tipo de apoio segundo as opções (“nunca” a “sempre”). Os valores serão padronizados em uma escala que pode variar entre 20 e 100 pontos, segundo as orientações dos pesquisadores que construíram a escala. Os escores mais elevados significam melhores condições de apoio social (GRIEP *et al.*, 2005).

WHOQOL-bref e WHOQOL-old (ANEXO F): O WHOQOL-bref é composto por 26 questões, sendo duas questões de domínio geral e as demais representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original de qualidade de vida. Os domínios avaliados (Físico, Meio ambiente, Relações Sociais e Psicológico) são compostos por questões, cujas pontuações das respostas variam entre um e cinco. Os escores finais de cada domínio são calculados por sintaxe, que quantificam a qualidade de vida global e os domínios da qualidade de vida em escores que variam de 0 a 100, sendo 100 pontos, a melhor condição. O questionário WHOQOL-old é composto por 24 questões, divididos em seis domínios: Funcionamento dos sentidos; Autonomia; Atividades passadas, presentes e futuras; Participação social; Morte e morrer; Intimidade. A pontuação deste questionário também segue a sintaxe proposta pelo grupo WHOQOL (FLECK *et al.*, 2000; FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI 2006). A qualidade de vida foi considerada a variável dependente deste estudo.

5.8 Análise de dados

Na análise descritiva dos dados foram estimadas distribuições de frequências, medianas, médias e desvio padrão para as variáveis numéricas do estudo. Para as variáveis categóricas, foram estimadas as proporções. As diferenças entre os grupos foram estimadas utilizando-se os testes de Qui-quadrado de Pearson e Mann-Whitney. Utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov para testar a normalidade das variáveis. Considerando a distribuição

não paramétrica, utilizou-se o Teste de Correlação de Spearman para analisar a correlação entre o escore de qualidade de vida e de apoio social. A magnitude da correlação foi classificada como fraca ($<0,3$); moderada (0,3 a 0,59); forte (0,6 a 0,9) e perfeita (1,0) (LEVIN; FOX, 2012). Adotou-se o nível de significância de 5%. Os dados obtidos foram codificados e digitados em planilha eletrônica e analisados com apoio do pacote estatístico SPSS versão 19.0.

6 RESULTADOS

A amostra deste estudo foi constituída por 56 idosos cuidadores e 56 idosos receptores de cuidados. A tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos participantes.

Tabela 1 – Distribuição dos participantes segundo aspectos sociodemográficos. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=112)

Variáveis	Idoso cuidador		Idoso receptor de cuidado		p-valor
	n (%)	média (DP)	n (%)	média (DP)	
Sexo					0,705‡
Feminino	31 (55,4)		29 (51,8)		
Masculino	25 (44,6)		27 (48,2)		
Idade (anos)		68,63 (6,30)		70,82 (7,42)	0,136*
Situação conjugal					0,499‡
Com companheiro	53 (94,6)		51 (91,1)		
Sem companheiro	3 (5,4)		5 (8,9)		
Escolaridade (anos)		3,43 (2,87)		2,83 (3,03)	0,125*
Raça					0,535‡
Parda	28 (50,0)		24 (42,9)		
Branca	19 (33,9)		20 (35,7)		
Preta	6 (10,7)		11 (19,6)		
Amarela	2 (3,6)		1 (1,8)		
Indígena	1 (1,8)		0 (0,0)		
Renda pessoal (reais)		1311,69 (1056,32)		1155,44 (692,47)	0,466*
Renda familiar (reais)		2485,20 (1217,48)		2259,46 (1087,93)	0,177*
Aposentadoria					0,065‡
Não	16 (28,6)		8 (14,3)		
Sim	40 (71,4)		48 (85,7)		
Trabalha atualmente					0,001‡
Não	42 (75,0)		54 (96,4)		
Sim	14 (25,0)		2 (3,6)		
Renda suficiente					0,848‡
Não	33 (58,9)		32 (57,1)		

Sim	23 (41,1)	24 (42,9)	
Nº de filhos	3,82 (2,14)	3,59 (2,24)	0,670*
Nº de pessoas na casa	2,86 (1,34)	2,80 (1,33)	0,786*

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020. DP = Desvio Padrão; *Mann-Whitney; †Qui-Quadrado.

As informações sobre a situação de saúde dos participantes podem ser visualizadas na tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos participantes segundo aspectos de saúde. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=112)

Variáveis	Idoso cuidador		Idoso receptor de cuidado		p-valor
	n (%)	média (DP)	n (%)	média (DP)	
Plano de saúde					0,768†
Não	49 (87,5)		50 (89,3)		
Sim	07 (12,5)		6 (10,7)		
Quedas último ano					0,425†
Não	35 (62,5)		39 (69,6)		
Sim	21 (37,5)		17 (30,4)		
Internação último ano					1,000†
Não	46 (82,1)		46 (82,1)		
Sim	10 (17,9)		10 (17,9)		
Nº medicamentos em uso		3,38 (2,47)		4,31 (2,74)	0,076*
Pratica atividade física					0,403†
Não	42 (75,0)		38 (67,9)		
Sim	14 (25,0)		18 (32,1)		
Etilismo					0,607†
Não	46 (82,1)		48 (85,7)		
Sim	10 (17,9)		8 (14,3)		
Tabagismo					0,450†
Não	45 (80,4)		48 (85,7)		
Sim	11 (19,6)		8 (14,3)		

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020. DP = Desvio Padrão; *Mann-Whitney; †Qui-Quadrado.

Em relação ao contexto de cuidado, observou-se que 91,1% dos idosos cuidadores eram cônjuges do idoso receptor de cuidados. Cuidavam, em média, há 11,8±13,41 anos, por 17,4±8,5 horas diárias e 4,9±0,5 dias na semana. A maioria não possuía treinamento prévio (98,2%) e não recebia ajuda para com a tarefa de cuidar (58,9%).

Quanto à rede de apoio social, o número médio de integrantes da rede dos idosos cuidadores era de 10,0±14,1 membros, com mediana de 5,5 pessoas. Para os idosos receptores de cuidado, havia em média 16,4±34,0 integrantes, com mediana de 5,0 pessoas. De acordo com o teste Mann-Whitney, não houve relação estatisticamente significativa entre a quantidade de integrantes das redes de apoio social dos participantes ($p=0,905$).

A tabela 3 mostra a comparação entre o apoio social dos idosos cuidadores e dos idosos receptores do cuidado.

Tabela 3 – Análise comparativa do apoio social dos participantes. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=112)

Dimensões do apoio social	Idoso cuidador			Idoso receptor de cuidado			p-valor
	Média	DP	Mediana	Média	DP	Mediana	*
Apoio material	82,95	18,31	90,00	91,70	13,29	100,00	0,004
Apoio afetivo	89,29	17,46	100,00	89,52	17,75	100,00	0,974
Apoio emocional	77,95	22,84	85,00	80,45	21,03	87,50	0,564
Apoio informação	80,27	20,81	85,00	79,38	21,74	85,00	0,960
Interação social positiva	77,77	20,40	82,50	76,71	22,02	80,00	0,962
Escore Total	81,64	17,09	85,67	83,53	16,18	86,83	0,501

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020. DP – Desvio Padrão; *Mann-Whitney

Conforme o teste Mann-Whitney, observou-se que idosos cuidadores têm menores escores de apoio material quando comparados aos idosos receptores de cuidado ($p=0,004$), confirmando parcialmente a primeira hipótese do presente estudo.

A diferença da percepção da qualidade de vida dos idosos cuidadores e dos idosos cuidados está presente na tabela 4.

Tabela 4 – Análise comparativa da qualidade de vida dos participantes. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=112)

Domínios do WHOQOL-BREF	Idoso cuidador			Idoso receptor de cuidado			p-valor
	Média	DP	Mediana	Média	DP	Mediana	*

Físico	64,16	13,97	64,29	54,97	16,66	53,57	0,002
Meio ambiente	55,02	14,31	56,25	55,58	13,29	56,25	0,581
Relações sociais	66,07	17,56	70,83	64,66	17,21	66,67	0,577
Psicológico	61,90	15,06	62,50	67,71	18,47	70,84	0,075
Escore Total	61,79	11,37	62,75	60,73	12,31	60,75	0,434
Domínios do	Idoso cuidador			Idoso receptor de cuidado			p-valor
WHOQOL-OLD	Média	DP	Mediana	Média	DP	Mediana	*
Func. sensorial	69,20	25,36	75,00	67,08	23,88	75,00	0,538
Autonomia	58,26	20,92	59,38	55,92	17,61	56,25	0,391
APPF	61,72	18,19	62,50	61,38	15,41	62,50	0,701
Participação social	64,17	17,13	68,75	61,05	16,47	62,50	0,243
Morte e morrer	67,97	24,34	75,00	64,06	26,28	75,00	0,418
Intimidade	66,63	19,95	68,75	68,42	21,23	75,00	0,393
Escore Total	71,73	11,86	73,75	70,39	10,07	69,17	0,303

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020. Func. sensorial = Funcionamento sensorial; APPF = Atividades passadas, presentes e futuras; DP = Desvio Padrão; *Mann-Whitney.

Identificou-se relação estatisticamente significativa entre o Domínio Físico da escala de qualidade de vida entre os participantes, ou seja, idosos cuidadores apresentaram melhor percepção neste domínio quando comparados aos idosos receptores de cuidado ($p=0,002$), o que confirma parcialmente a primeira hipótese deste estudo.

A tabela 5 apresenta a correlação entre qualidade de vida e apoio social dos idosos cuidadores de idosos.

Tabela 5 – Análise de correlação entre qualidade de vida e apoio social de idosos cuidadores. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=56)

Domínios de QV	Apoio Material		Apoio Afetivo		Apoio Emocional		Apoio Int. Social Posit.		Apoio Informação		Escore total de apoio social	
	<i>Rho</i>	<i>p</i> *	<i>Rho</i>	<i>p</i> *	<i>Rho</i>	<i>p</i> *	<i>Rho</i>	<i>p</i> *	<i>Rho</i>	<i>p</i> *	<i>Rho</i>	<i>p</i> *
Físico	0,207	0,125	0,026	0,850	0,050	0,716	0,147	0,278	0,085	0,532	0,130	0,340
Meio ambiente	0,324	0,015	0,250	0,063	0,298	0,026	0,282	0,035	0,389	0,003	0,366	0,005
Rel. sociais	0,341	0,010	0,268	0,046	0,251	0,062	0,389	0,003	0,182	0,180	0,388	0,011
Psicológico	0,287	0,032	0,313	0,019	0,232	0,085	0,423	0,001	0,236	0,080	0,370	0,005

QV Total	0,141	0,137	0,261	0,050	0,252	0,007	0,317	0,001	0,294	0,002	0,340	<0,001
Bref												
F. sensorial	0,444	0,001	0,456	<0,001	0,425	0,001	0,343	0,010	0,247	0,066	0,428	0,001
				1								
Autonomia	0,306	0,022	0,194	0,152	0,265	0,048	0,135	0,321	0,292	0,029	0,298	0,026
APPF	0,255	0,057	0,256	0,057	0,390	0,003	0,224	0,098	0,248	0,065	0,344	0,009
Particip. social	0,238	0,078	0,196	0,148	0,100	0,462	0,100	0,465	0,201	0,138	0,176	0,195
Morte e morrer	-0,061	0,656	0,024	0,863	0,106	0,438	0,169	0,214	0,013	0,924	0,070	0,607
Intimidade	0,327	0,014	0,336	0,011	0,324	0,015	0,245	0,069	0,233	0,083	0,342	0,010
QV Tot. (Old)	0,348	0,009	0,323	0,015	0,407	0,002	0,321	0,016	0,267	0,046	0,402	0,002

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020. Apoio Int. Social Posit. = Apoio Interação Social Positiva; Rel. sociais = Relações sociais; F. sensorial = Funcionamento sensorial; APPF = Atividades passadas, presentes e futuras; Particip. Social = Participação social; QV Tot. (Old) = Escore total de qualidade de vida referente ao WHOQOL-OLD. *Coeficiente de Correlação de Spearman.

A segunda hipótese do presente estudo foi confirmada, ou seja, observou-se correlação direta e moderada entre apoio social e qualidade de vida de idosos cuidadores, ou seja, quanto maior for a pontuação obtida na escala de apoio social, maior também será a pontuação na escala de qualidade de vida.

7 DISCUSSÃO

Esse estudo comparou o apoio social e a qualidade de vida entre idosos cuidadores e idosos receptores de cuidado. Idosos cuidadores têm menores escores de apoio material e melhor percepção no domínio físico da escala de qualidade de vida quando comparados aos idosos receptores de cuidado. Além disso, foi possível analisar a relação entre apoio social e qualidade de vida de idosos cuidadores. Observou-se correlação direta e moderada entre apoio social e qualidade de vida de idosos cuidadores, ou seja, quanto maior for a pontuação obtida na escala de apoio social, maior também será a pontuação na escala de qualidade de vida.

A maioria dos idosos cuidadores era do sexo feminino, com média de 68,63 anos, com companheiro, baixa escolaridade e baixa renda, de cor parda, aposentados e não trabalhavam. Eram cônjuges dos idosos receptores de cuidados, não possuíam treinamento prévio nem tampouco ajuda de outras pessoas para realizar a tarefa de cuidar. No contexto nacional, outras pesquisas realizadas com idosos que cuidam de idosos também refletiram dados semelhantes em relação ao perfil dos cuidadores (ALMEIDA *et al.*, 2018a; ROSAS; NERI, 2019; SOUSA *et al.*, 2021).

Em relação à rede de suporte social dos idosos que são cuidadores, a quantidade média de membros foi de $10,0 \pm 14,1$ pessoas e mediana = 5,5. Para os idosos cuidados, a média de integrantes foi de $16,4 \pm 34,0$ membros e mediana = 5,0. Resultados discrepantes foram identificados em um estudo nacional realizado com 85 idosos cuidadores e 84 não cuidadores, o qual identificou um número menor de integrantes na rede de suporte ($4,9 \pm 3,4$ integrantes na rede dos idosos cuidadores e $5,0 \pm 3,4$ membros na rede dos idosos não cuidadores (PAVARINI *et al.*, 2021). Uma possível explicação para o elevado número de integrantes da rede de suporte dos participantes do presente estudo pode estar relacionada ao contexto de alta vulnerabilidade social, onde as pessoas tendem a se ajudar diante das inúmeras dificuldades que podem enfrentar no cotidiano.

Estudiosos revelam a importância da rede de apoio social no contexto do envelhecimento como uma ferramenta capaz de atuar na melhoria da saúde e da qualidade de vida. Nesse sentido, as pessoas idosas privilegiam relacionamentos significativos e excluem aqueles que não o são, sendo notório que a qualidade das relações é muito mais importante do que a quantidade (LINS; ROSAS; NERI, 2018).

No presente estudo, idosos cuidadores tiveram menor escore de apoio material em comparação aos idosos receptores de cuidados. Pesquisas com resultados divergentes foram identificadas no Brasil (ALMEIDA *et al.*, 2018b; PAVARINI *et al.*, 2021) e no Canadá

(SIBALIJA *et al.*, 2018), embora não tenham sido realizadas exatamente com idosos cuidadores e os seus respectivos receptores de cuidado. Talvez essa seja uma possível explicação para essa discrepância, além da diversidade dos contextos em que tais pesquisas foram realizadas.

Com o objetivo de analisar o apoio social e a cognição de idosos cuidadores e não cuidadores, um estudo transversal foi realizado com 41 idosos cuidadores de idosos e 41 idosos não cuidadores no município de São Carlos (SP). Os resultados mostraram que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação às variáveis de interesse (ALMEIDA *et al.*, 2018b).

Um estudo canadense foi realizado com 3.337 cuidadores e 3.337 não cuidadores de idosos, ambos de meia idade e idosos. Como resultados, obtiveram que não houve diferença estatística significativa na percepção de apoio material entre os cuidadores e os não cuidadores, apesar de os cuidadores terem tido uma pontuação ligeiramente maior (SIBALIJA *et al.*, 2018).

O apoio material está relacionado ao suporte físico voltado para a realização de atividades de vida diária, por exemplo. O fato de os idosos receptores de cuidados receberem maior apoio material em relação aos cuidadores deve ser analisado sob a ótica da demanda. Os idosos que necessitam de cuidados geralmente apresentam limitações funcionais, o que os torna mais dependentes de outras pessoas e com maior demanda. Sendo assim, recebem mais apoio material porque apresentam maiores necessidades (BRITO *et al.*, 2018).

Nesta pesquisa, identificou-se que idosos cuidadores têm melhor percepção no domínio físico da escala de qualidade de vida quando comparados aos idosos receptores de cuidado. Estudos com resultados semelhantes foram identificados no Brasil (GONÇALVES *et al.*, 2013) e no Japão (NAGASAWA *et al.*, 2018), apesar de a amostra do estudo nacional não ser de cuidadores idosos e de o estudo internacional não ter utilizado o mesmo instrumento de avaliação de qualidade de vida.

Pesquisa brasileira realizada em um município do Rio Grande do Sul com 100 idosos de 80 anos ou mais e seus cuidadores familiares (média de idade de $50,63 \pm 14,53$ anos) buscou avaliar a qualidade de vida dos participantes. Em relação ao domínio físico da qualidade de vida, os resultados mostraram que idosos tiveram menor média neste domínio (51,76) quando comparados aos cuidadores (82,61) (GONÇALVES *et al.*, 2013).

Foi realizado no Japão um estudo com o intuito de avaliar a qualidade de vida de 84 pacientes em diálise (média de idade de 67,7 anos, sendo 70,6% do sexo masculino) e seus cuidadores (média de idade de 64,5 anos, sendo 74,5% do sexo feminino). O instrumento

utilizado foi o KDQOL-SF, o qual mensura a qualidade de vida impactada pela doença renal. Os resultados relativos ao domínio físico mostraram que os pacientes em diálise apresentaram menor média neste componente ($34,2\pm 15,4$) em comparação aos cuidadores ($42,2\pm 13,8$) (NAGASAWA *et al.*, 2018).

O domínio físico da qualidade de vida relaciona-se a diversas facetas, como dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; e capacidade de trabalho (FLECK *et al.*, 2000). Como a qualidade de vida envolve um conceito subjetivo e depende da sensação de bem-estar e do grau de satisfação das pessoas para com a própria vida, acredita-se que idosos receptores de cuidado tenham uma visão pejorativa do componente físico diante da falta de autonomia e da dependência do cuidador para com alguns afazeres diários, o que pode gerar um sentimento negativo, estressante e de insatisfação que conduz à baixa qualidade de vida (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018).

Neste estudo houve correlação direta e moderada entre apoio social e qualidade de vida de idosos cuidadores, ou seja, quanto maior o apoio social, melhor a qualidade de vida. Achados convergentes foram encontrados na literatura nacional (ROSAS; NERI, 2019) e internacional (HSU *et al.*, 2019).

Um estudo realizado no Brasil com 148 idosos cuidadores de outros idosos identificou que aqueles com melhor qualidade de vida percebida eram os participantes que avaliaram satisfatoriamente o apoio emocional recebido de familiares. Os autores revelaram que a satisfação com o apoio emocional pode influenciar direta e positivamente a percepção de ônus relativa ao cuidado, variável fortemente relacionada à qualidade de vida (ROSAS; NERI, 2019).

Uma pesquisa realizada nos EUA buscou determinar a qualidade de vida de 100 cuidadores de idosos com câncer e seus fatores associados. A idade mediana dos cuidadores foi 65 anos e a maioria era cônjuge do idoso cuidado. Os resultados mostraram que cuidadores de idosos que recebiam menos apoio social estavam mais propensos a experimentar menor qualidade de vida (HSU *et al.*, 2019).

Nesse sentido, a literatura aponta que a escassez e/ou a insuficiência de apoio social podem levar o cuidador à sobrecarga e ao estresse, o que culminaria em menor capacidade de resposta a estressores físicos e emocionais, autopercepção de saúde comprometida e, conseqüentemente, pior qualidade de vida (HSU *et al.*, 2019; ROSAS; NERI, 2019). Outro potencial aspecto que pode trazer a percepção de qualidade de vida ruim é o despreparo para

desempenhar a tarefa de cuidar, pois muitos cuidadores têm o senso de autoeficácia diminuído (HSU *et al.*, 2019).

Esta pesquisa apresentou algumas limitações. Em decorrência da escassez de estudos realizados com idosos cuidadores e seus respectivos idosos receptores de cuidados, houve dificuldade em comparar os achados obtidos no presente estudo tanto com a literatura nacional quanto internacional. Ademais, tais achados não poderão ser generalizados em virtude de a amostra ser reduzida e bastante específica. Devido ao desenho transversal, não se pode atribuir relação de causa e efeito entre as variáveis estudadas.

Por fim, os dados obtidos podem não ser precisos em virtude de terem sido coletados por meio de autorrelato. No entanto, tais limitações não diminuem a importância dos resultados obtidos, tendo em vista que se trata de um estudo inovador. Frente ao exposto, sugere-se que futuros estudos de caráter longitudinal sejam realizados e que contemplem idosos inseridos em diferentes contextos de vulnerabilidade social.

Identificar os membros significativos da rede de apoio social dos idosos cuidadores faz-se de suma importância, tendo em vista que são essas pessoas que poderão dar o apoio necessário diante de uma situação inesperada com o idoso que recebe os cuidados. Para além, inserir esses idosos cuidadores em atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos, como por exemplo, grupos de caminhada, alongamento, de atividades manuais, oficinas voltadas para a educação em saúde e para o cuidado, podem ser úteis no sentido de se ampliar a quantidade de relacionamentos significativos, melhorando assim a qualidade de vida de todos os envolvidos. Ressalta-se também a importância de os profissionais da Atenção Primária à Saúde se qualificarem continuamente para o oferecimento de suporte adequado aos cuidadores familiares, pois frequentemente apresentam dúvidas relativas ao manejo do cuidado, carecendo de orientações específicas.

8 CONCLUSÃO

A hipótese deste estudo foi parcialmente confirmada. Idosos cuidadores apresentaram menores escores de apoio material e melhor percepção do domínio físico da escala de qualidade de vida em comparação aos idosos receptores de cuidado. Ademais, a correlação identificada entre as variáveis de interesse permite concluir que quanto maior for a pontuação na escala de apoio social, maior será a pontuação na escala de qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, F. K. O. *et al.* Quality of life of caregivers of the elderly: na integrative review. **Enferm. Atual.**, v. 87, n. 25, 2019. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/189/350>. Acesso em: 20 mar. 2021.
- ALMEIDA, L. P. B. *et al.* Social and demographic characteristics of elderly caregivers and reasons to care for elderly people at home. **Rev. Min. Enferm.**, v. 22, e-1074, 2018a. DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20180004>.
- ALMEIDA, W. L. S. *et al.* Social support and cognitive processing among elderly caregivers and non-caregivers of other elderly persons. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 21, p. 657-66, 2018b. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180107>.
- AZEVEDO, C. *et al.* Interface between social support, quality of life and depression in users eligible for palliative care. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 51, p.e03245, 2017. DOI: <http://doi.org/10.1590/S1980-220X2016038003245>.
- BARBOSA, A. R. C. *et al.* Apoio social percebido por idosos: um estudo com participantes de uma Universidade da Maturidade. **Rev. Humanid. Inov.**, v. 6, n. 11, p. 150-7, 2019. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1581>. Acesso em: 20 abr. 2021.
- BEZERRA, P. A.; NUNES, J. W.; MOURA, L. B. A. Aging and social isolation: an integrative review. **Acta paul. enferm.**, v. 34, p. eAPE02661, 2021. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR02661>.
- BRITO, T. R. P. *et al.* Social network and older people's functionality: Health, Well-being, and Aging (SABE) study evidences. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 21, n.supl. 2, p.e180003, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180003.supl.2>.
- CALDEIRA, R. B. *et al.* Variables associated with the life satisfaction of elderly caregivers of chronically ill and dependent elderly relatives. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 20, n. 4, p. 502-15, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160177>.
- CAMELO, L. V.; GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Health related quality of life among elderly living in region of high vulnerability for health in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 19, n. 2, p. 280-93, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600020006>.
- CHEN, M. C. *et al.* Effects of home-based long-term care services on caregiver health according to age. **Health qual. life outcomes**, v. 15, n. 208, p. 1-10, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0786-6>.

CHRUŚCIEL, P.; DOBROWOLSKA, B. The correlation between social support and quality of life of seniors without cognitive disorders from an institutional environment—A descriptive cross-sectional survey. **Healthcare**, v. 8, n. 3, p. 212-23, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare8030212>.

COELHO, F. F.; MICHEL, R. B. Associação entre cognição, suporte social e qualidade de vida de idosos atendidos em uma unidade de saúde de Curitiba/PR. **Ciênc. cogn.**, v. 23, n. 1, p. 54-62, 2018. Disponível em: http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/1349/pdf_100. Acesso em: 24 abr. 2021.

DIAS, E. N.; PAIS-RIBEIRO, J. L. Qualidade de vida: comparação entre idosos de uma comunidade brasileira e idosos institucionalizados. **Rev. Kairós.**, v. 21, n. 1, p. 37-54, 2018. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i1p37-54>.

DINIZ, M. A. A. *et al.* Comparative study between formal and informal caregivers of older adults. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 23, n. 11, p. 3789-98, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.16932016>.

DOMÈNECH-ABELLA, J. *et al.* Anxiety, depression, loneliness and social network in the elderly: Longitudinal associations from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). **J. affect. disord.**, v. 246, p. 82-8, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.043>.

EVANGELISTA, V. M. A.; CONSTANTINO, E. P. A relevância das redes de apoio social durante a infância. **Estudos**, n. 17, p. 217-32, 2013. Disponível em: <http://ojs.unimar.br/index.php/estudos/article/view/863/510>. Acesso em: 13 abr. 2021.

FERREIRA, L. K.; MEIRELES, J. F. F.; FERREIRA, M. E. C. Evaluation of lifestyle and quality of life in the elderly: a literature review. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 21, n. 5, p. 616-27, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180028>.

FERREIRA, M. C. G. *et al.* Social representations of older adults regarding quality of life. **Rev. bras. enferm.**, v. 70, n. 4, p. 840-7, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0097>.

FIDALGO, A. R.; LANDIM, L. F. S.; MELO, D. M. Suporte social e qualidade de vida no envelhecimento: uma revisão sistemática. **Estaq. Cient.**, n. 19, p. 1-19, 2018. Disponível em: <https://portal.estacio.br/media/3730426/suporte-social-e-qualidade-de-vida-no-envelhecimento.pdf>. Acesso em: 08 maio 2021.

FLECK, M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, 2000, p. 178-83. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>.

FLECK, M.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C.M. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 5, p. 785-791, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000600007>.

FONSECA, I. S. S.; MOURA, S. B. Apoio social, saúde e trabalho: uma breve revisão. **Psicol. Am. Lat.**, n. 15, 2008. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2008000400012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 abr. 2021.

FUNDAÇÃO SEADE. **Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS**. Espaços e dimensões da pobreza nos municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.iprs.seade.gov.br/ipvs2010/view/index.php>. Acesso em: 25 mar. 2020.

GARCIA-CARDOZA, I. I. *et al.* Efectos de la terapia cognitivo-conductual en la sobrecarga del cuidador primario de adultos mayores. **Horiz. sanitario**, v.17, n.2, p.131-40, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v17n2/2007-7459-hs-17-02-00131.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2021.

GOMES, R. S.; COQUEIRO, J. F. R. Qualidade de vida relacionada à carga de trabalho dos profissionais de saúde com enfoque nos problemas desencadeados. **Id on Line Rev. Psic.**, v. 10, n. 33, p. 249-61, 2017. DOI: <https://doi.org/10.14295/idonline.v10i33.617>.

GONÇALVES, L. T. H. *et al.* Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 16, p. 315-325, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000200011>.

GRIEP, R. H. *et al.* Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, p. 703-14, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300004>.

GUEDES, M. B. O. G *et al.* Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. **Physis**, v. 27, n. 4, p. 1185-204, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000400017>.

HSU, T. *et al.* Understanding caregiver quality of life in caregivers of hospitalized older adults with cancer. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v. 67, n. 5, p. 978-86, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1111/jgs.15841>.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-carlos/panorama>. Acesso em: 10 jun. 2021.

JESUS, I. T. M.; ORLANDI, A. A. S.; ZAZZETTA, M. S. Frailty and social support of the elderly in contexts of social vulnerability. **Rev. Rene**, v. 19, p. e32670, 2018a. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20181932670>.

JESUS, I. T. M.; ORLANDI, A. A. S.; ZAZZETTA, M. S. Burden, profile and care: caregivers of socially vulnerable elderly persons. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 21, n. 2, p. 194-204, 2018b. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170155>.

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

KUPPER, A. Tendências da família contemporânea. **Rev. Terra & Cult.**, v. 29, n. 57, p. 135-46, 2013. Disponível em:

<http://periodicos.unifil.br/index.php/Revistateste/article/view/181/192>. Acesso em: 26 mar. 2021.

LAWTON, M. P.; BRODY, E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, v.9, n.3, p.179-86, 1969. DOI: https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179.

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

LINO, V.T.S. *et al.* Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.1, p.103-12, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100010>.

LINS, A. E. S.; ROSAS, C.; NERI, A. L. Satisfação com as relações e apoios familiares segundo idosos cuidadores de idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 21, p. 330-341, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170177>.

MAIA, C. M. L. *et al.* Redes de apoio social e de suporte social e envelhecimento ativo. **INFAD**, v. 1, n. 1, p. 293-303, 2016. DOI: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v1.279>.

MOGHADAM, K. *et al.* Investigating the relationship between social support and quality of life in the elderly. **J. Edu. Health Promot.**, v. 9, n. 1, p. 215-9, 2020. DOI: https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_149_20.

NAGASAWA, H. *et al.* The relationship between dialysis patients' quality of life and caregivers' quality of life. **Front. Pharmacol.**, v. 9, p. 770, 2018. DOI: <https://doi.org/10.3389/fphar.2018.00770>.

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

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

NUNES, D. P. *et al.* Elderly and caregiver demand: proposal for a care need classification. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, supl. 2, p. 844-50, 2018b. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0123>.

OLIVEIRA, A. S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Hygeia**, v. 15, n. 31, p. 69-79, 2019. DOI: <https://doi.org/10.14393/Hygeia153248614>.

OLIVEIRA, J. F. *et al.* Quality of life of elderly people who care for other elderly people with neurological diseases. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 21, n. 4, p. 440-51, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180077>.

OTTAVIANI, A. C. *et al.* Factors associated with the development of diabetes mellitus in older caregivers. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 72, supl. 2, p. 30-5, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0590>.

PASSOS, L.; GUEDES, D. R. Participação feminina no mercado de trabalho e a crise de cuidados da modernidade: conexões diversas. **Planejamento e políticas públicas**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, n. 50, 2018. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/847/462>. Acesso em: 25 mar. 2021.

PAVARINI, S. C. I. *et al.* Association between perceived social support and better cognitive performance among caregivers and non-caregivers. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 74, n. supl. 2, p.e20200329, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0329>.

PINHEIRO, R. L.; GUANAES, C. O conceito de rede social em saúde: pensando possibilidades para a prática na estratégia saúde da família. **Nova perspect. sist.**, v. 20, n. 40, p. 9-25, 2011. Disponível em: <https://revistanps.com.br/nps/article/view/80/192>. Acesso em: 11 abr. 2021.

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

ROSAS, C.; NERI, A. L. Quality of life, burden, family emotional support: a model for older adults who are caregivers. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 72, n. supl. 2, p. 172-84, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0439>.

ROSA, T. E. C.; BENICIO, M. H. D'A. As redes sociais e de apoio: o conviver e a sua influência sobre a saúde. **Bol. Inst. Saúde**, n. 47, 2009. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/n47/a20_bisn47.pdf. Acesso em: 14 abr. 2021.

ROSSETTI, E. S. *et al.* Frailty, depressive symptoms and overload of elderly caregivers in a context of high social vulnerability. **Texto contexto – enferm.**, v. 27, n. 3, p.e3590016, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018003590016>.

SANTOS, R.L.; VIRTUOSO JUNIOR, J.S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, v.21, n.4, p.290-6, 2008. DOI: <https://doi.org/10.5020/575>.

SANTOS-ORLANDI, A. A. *et al.* Elderly caregivers of the elderly: frailty, loneliness and depressive symptoms. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 72, supl. 2, p. 88-96, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0137>.

SANTOS-ORLANDI, A. A. *et al.* Profile of older adults caring for other older adults in contexts of high social vulnerability. **Esc. Anna Nery**, v. 21, n. 1, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01-e20170013.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2021.

SCHOFFEN, L. L.; SANTOS, W. L. A importância dos grupos de convivência para os idosos como instrumento para manutenção da saúde. **Rev. Cient. Sena Aires**, v. 7, n. 3, p. 160-70, 2018. Disponível em:

<http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/317/227>. Acesso em: 20 abr. 2021.

SIBALIJA, J. *et al.* Social support, social participation, & depression among caregivers and non-caregivers in Canada: a population health perspective. **Aging Ment. Health**, v. 24, n. 5, p. 765-73, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1544223>.

SIQUEIRA, D. F. *et al.* Redes sociais de apoio do cuidado à pessoa com transtorno mental: reflexões. **Rev. enferm. UFSM**, v. 8, n. 4, p. 854-69, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769226118>.

SOUSA G. S. *et al.* A metamorfose na vida de idosos que cuidam de idosos dependentes no Brasil. **Texto Contexto Enferm.**, v. 30, e20200608 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0608>.

SOUSA, C. M. S. *et al.* Qualidade de vida dos idosos que participam das atividades realizadas no centro de referência de assistência social (CRAS). **Braz. J. of Develop.**, v. 6, n. 10, p. 74715-24, 2020. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n10-047>.

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

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

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 21, n. 4, p. 539-48, 2012. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v21n4/v21n4a03.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse World Health Organization. **WHOQOL: user manual**. 2012. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012-3>. Acesso em: 29 abr. 2021.

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

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

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

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

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

O preenchimento destes questionários não oferece risco imediato ao (a) senhor (a), porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas podem

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

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

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

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

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

Pesquisador Responsável: Ariene Angelini dos Santos Orlandi

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

Contato telefônico: (16) 3351-9437

E-mail: arieneangelini@yahoo.com.br

São Carlos, _____ de _____ de 2019.

Ariene A. dos Santos Orlandi

Nome do Pesquisador

Assinatura do Pesquisador

Nome do Participante

Assinatura do Participante

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

Data da entrevista: _____ / _____ / _____

Nome do Entrevistador: _____

Contato do Entrevistador: _____

Hora de início: _____

Hora de Término: _____

Nome completo do entrevistado:

Telefone do(a) entrevistado(a):

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

Outros contatos do entrevistado:

Nome:

Parentesco com o idoso:

Telefones de contato: _____

Nome: _____

Parentesco com o idoso: _____

Telefones de contato: _____

Observações:

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. Sexo: (1) Masculino
(2) Feminino
2. Data de Nascimento: ____ / ____ / _____
- 2a. Idade: ____ anos
3. Estado Civil: (1) Casado ou vive com companheiro
(2) Solteiro
(3) Divorciado/ separado/ desquitado
(4) Viúvo
(99) NR
4. Trabalha atualmente: (1) Sim
(0) Não
(99) NR
- 4a. O que faz? _____
5. Aposentado ou pensionista: (1) Sim
(0) Não
(99) NR
6. Escolaridade:
- 6a. Número de anos de estudo: _____ anos
- 6b. (1) Nunca foi à escola (nunca chegou a concluir a 1ª série primária ou o curso de alfabetização de adultos)
(2) Curso de alfabetização de adultos
(3) Primário (atual nível fundamental, 1ª a 4ª série)
(4) Ginásio (atual nível fundamental, 5ª a 8ª série)
(5) Científico, clássico (atuais curso colegial ou normal, curso de magistério, curso técnico)
(6) Curso superior
(7) Pós-graduação, com obtenção do título de Mestre ou Doutor
(99) NR
7. Religião: (1) Católico (6) Protestante
(2) Evangélico (7) Budista
(3) Congregação Cristã (8) Umbanda
(4) Adventista (9) Não possui
(5) Espírita (99) NR
(100) Outros: _____
- 7a. Praticante: (1) Sim
(0) Não
(99) NR
- 7b. Se praticante, há quantos anos: (1) Menos de 1 ano
(2) 1 a 4 anos
(3) 5 a 9 anos
(4) Mais de 10 anos
(99) Não respondeu
8. Raça/ Cor: (1) Branca
(2) Preta
(3) Mulata/ cabocla/ parda

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20. Possui alguma dessas doenças?

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

21a. Faz uso de medicação para tratamento de alguma doença/condição?

(1) Sim
(0) Não
(99)NR

21b. Número de medicamentos que usa: _____ medicamentos

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

(1) Sim
(0) Não
(99) NR

21d. Qual medicamento usa para dormir? _____

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

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

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

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

23a. Quantos cigarros fuma por dia: _____ cigarros

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

24a. Que tipo de bebida ingere:

- (1) cerveja
- (2) pinga
- (3) vodca
- (4) vinho
- (5) outro: _____

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

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

26. Faz uso dos seguintes alimentos?

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

CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADO

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

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

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

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

5	Independente em uma função e dependente em cinco
6	Dependente em todas as seis funções

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

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

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

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

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

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

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

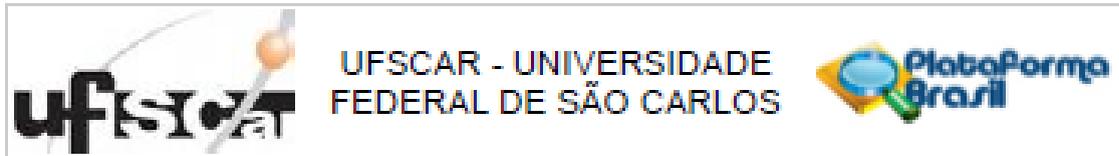
“Declaro ler e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa,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

São Carlos, 21 de Dezembro de 2019



Marcos Antonio Palermo
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO D – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: ARIENE ANGELINI DOS SANTOS ORLANDI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08175419.5.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

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

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.275.704

Apresentação do Projeto:

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

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

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

Objetivo Secundário:

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

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

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 236

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-0683

E-mail: cephumanos@ufscar.br



UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 3.375.704

positivos e negativos dos Idosos cuidadores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

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

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

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequações solicitadas foram adequadas pelos pesquisadores.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

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

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-005

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-0683

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.275.704

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

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 22 de Abril de 2019

Assinado por:
Priscilla Hortense
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-0663

E-mail: cephumanos@ufscar.br

ANEXO E – ESCALA DE APOIO SOCIAL DO MEDICAL OUTCOMES STUDY

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

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

ANEXO F – WHOQOL Bref e WHOQOL Old

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5

24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Por favor, tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida nas duas últimas semanas. As seguintes questões perguntam sobre o quanto você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

27. Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente

28. Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente

29. Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente

30. Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente

31. O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente

32. Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente

33. O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente

34. O quanto você tem medo de morrer?

(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente

35. O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente

As seguintes questões perguntam sobre quão completamente você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

36. Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente

37. Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente

38. Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente

39. O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente

40. Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu satisfeito, feliz ou bem sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

41. Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito

42. Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito

43. Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito

44. Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito

45. Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

(1) Muito infeliz (2) Infeliz (3) Nem feliz nem infeliz (4) Feliz (5) Muito feliz

46. Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

(1) Muito ruim (2) Ruim (3) Nem ruim nem boa (4) Boa (5) Muito boa

As seguintes questões se referem a qualquer relacionamento íntimo que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

47. Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente

48. Até que ponto você sente amor em sua vida?

(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente

49. Até que ponto você tem oportunidades para amar?

(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente

50. Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente