



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - *CAMPUS* SOBRAL**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PROFISSIONAL EM**  
**PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS**

**ANTÔNIO HELTON CAVALCANTE LIMA JÚNIOR**

**QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS**  
**COM DOENÇAS CRÔNICAS**

**SOBRAL**

**2023**

**ANTÔNIO HELTON CAVALCANTE LIMA JÚNIOR**

**QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS  
COM DOENÇAS CRÔNICAS**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia e Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará (UFC) – *Campus* Sobral, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia e Políticas Públicas. Área de concentração: Clínica, Saúde e Políticas Públicas.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Suely Alves Costa.

**SOBRAL**

**2023**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

J1q Junior, Antonio Helton Cavalcante Lima.  
QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS COM DOENÇAS  
CRÔNICAS / Antonio Helton Cavalcante Lima Junior. – 2023.  
92 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação  
Profissional em Psicologia e Políticas Públicas, Sobral, 2023.  
Orientação: Profa. Dra. Maria Suely Alves Costa.

1. Qualidade de vida. 2. Cuidadores. 3. Idoso. 4. Atenção primária. I. Título.

CDD 302.5

---

**ANTÔNIO HELTON CAVALCANTE LIMA JUNIOR**

**QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS  
COM DOENÇAS CRÔNICAS**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia e Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará (UFC) – *Campus* Sobral, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia e Políticas Públicas. Área de concentração: Clínica, Saúde e Políticas Públicas.

Aprovado em: 24/05/2023

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Maria Suely Alves Costa (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Rodrigo da Silva Maia  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Eliany Nazaré Oliveira  
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

## AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais e minha família por todo apoio e estímulo durante a minha vida pessoal e acadêmica.

Agradeço a Samilly Maranhão Coelho, minha companheira, a quem compartilho meus dias e que foi meu suporte e estímulo a finalizar todo o percurso do mestrado compartilhando alegrias e angústias ao meu lado.

Agradeço a minha filha Maria Ayla Maranhão Lima por me mostrar o que é amor, a aluna mais nova a participar das aulas de mestrado junto com o pai, sendo muito acarinhada em todas as suas aparições nas aulas.

Agradeço a todos os professores do Curso de Psicologia e Políticas Públicas da UFC por deixar um pedaço de cada em minha trajetória, revirando conceitos e desconcertando preceitos em especial Prof<sup>a</sup> Francisca Denise Silva Vasconcelos que tão precocemente nos deixou, mas como lanças afiadíssimas me transpassaram com suas palavras e atitudes, gratidão.

Agradeço a Prof<sup>a</sup> Maria Suely Alves Costa que foi minha orientadora, que pegou em minha mão e disse, vamos conseguir. Uma grande incentivadora desse projeto, não me deixando desistir quando não achava mais saída.

Agradeço a essa banca maravilhosa que enriqueceu bastante com seus conhecimentos, Prof<sup>o</sup> Rodrigo da Silva Maia e Prof<sup>a</sup> Eliany Nazaré Oliveira

Agradeço a parceria de Sérgio Henrique, bolsista voluntário que foi de grande valia no processo de coleta de dados desta pesquisa.

Agradeço ao programa Melhor em casa, na pessoa de Thaynara a quem me acolheu e ajudou logo no início dessa grande caminhada.

Agradeço a todo o sistema de saúde da cidade de Sobral-CE, por aceitar esse projeto, aos agentes comunitários de saúde que foram elos fundamentais para esse desenvolvimento.

Agradeço à Universidade Federal do Ceará (UFC) e ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Políticas Públicas, pelo ensino de qualidade oferecido aos seus alunos.

## RESUMO

**Introdução:** O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial, onde infelizmente têm-se envelhecido com baixa qualidade de vida. Isto posto surge um sujeito fundamental no desenvolvimento do cuidado, o cuidador. O cuidador é a pessoa, da família ou não, que presta cuidados à pessoa idosa que apresenta dependência (em maior ou menor grau). **Objetivos:** Mediante a isso essa pesquisa buscou emergir as questões acerca da qualidade de vida desses cuidadores, objetivando assim avaliar a qualidade de vida dos cuidadores de idosos acamados com doenças crônicas, analisando relação, diferença e relação de predição, tendo como variáveis de fatores sócio demográfico e econômico (sexo, idade, escolaridade, renda, cor da pele, atividade laboral, organização familiar, lazer, esporte, religião, etc) e psicossociais (Sobrecarga, Ansiedade, Depressão, Estresse, COPING, Suporte Social, Espiritualidade). **Metodologia:** Este estudo trata-se de um estudo quantitativo, exploratório, correlacional e de caráter transversal. Obteve-se o apoio dos agentes comunitários de saúde para a aplicação dos questionários. Tendo um público de 50 participantes, sendo em sua maioria do sexo feminino e tendo uma média de idade de 52 anos. Com parecer favorável do comitê de ética em pesquisa. **Resultado e discussão:** Diante do exposto chegou-se a seguinte questão norteadora: Como está a qualidade de vida cuidadores de idosos no município de Sobral/CE. Em resposta às questões levantadas notou-se uma maior sobrecarga e ansiedade nos participantes que não tinham apoio para realização das atividades, cuidadores que não tem companheiros e aqueles que coabitam com o idoso cuidado tem uma maior incidência de ansiedade e diminuição na sua qualidade de vida. **Conclusão:** Com isso podemos realçar que os cuidadores informais mais sobrecarregados são aqueles com idade mais avançada e que cuidam com um maior quantitativo de horas por dia, sem auxílio para a prestação do cuidado, desta forma nota-se o quão difícil e complexo são esses fatores. Notou-se que ansiedade, depressão e estresse têm sido cada vez mais forte nessa população, o que acaba impactando no seu processo de qualidade de vida, esses cuidadores estão cada vez mais sobrecarregados, sendo fortalecidos no dia-a-dia por sua religiosidade, o que acaba sendo uma estratégia de suporte e superação.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida; Cuidadores; Idoso; Atenção primária.

## ABSTRACT

**Introduction:** The growth of the elderly population is a worldwide phenomenon, where unfortunately aging has a low quality of life. This raises a fundamental question about the development of care, the caregiver. The caregiver is a family or non-family person who cares for an elderly person who shows dependence (to a greater or lesser degree). **Objectives:** Through this, this research sought to emerge the questions about the quality of life of these caregivers, aiming to assess the quality of life of caregivers of bedridden elderly people with chronic diseases, analyzing the relationship, difference and prediction relationship, having as variables the socioeconomic and economic factors (gender, age, education, income, skin color, professional activity, family organization, leisure, sports, religion, etc.) and psychosocial (Burden, Anxiety, Depression, Stress, COPING, Social Support, Spirituality). **Methodology:** This study is a quantitative, exploratory, correlational and cross-sectional study. Support was obtained from community health agents for the application of the questionnaires. Having an audience of 50 participants, mostly female and having an average age of 52 years. With the approval of the research ethics committee. **Result and discussion:** In view of the above, the following guiding question was reached: How is the quality of life of caregivers of the elderly in the municipality of Sobral/CE. In response to the questions raised, there was a greater burden and anxiety in participants who did not have support to carry out the activities, caregivers who do not have partners and those who cohabit with the elderly caretaker have a higher incidence of anxiety and a decrease in their quality of life. **Conclusion:** With this, we can emphasize that the most overloaded informal caregivers are those with more advanced age and who care for a greater number of hours a day, without help to provide care, thus it is noted how difficult and complex these are. factors. It was noted that anxiety, depression and stress have been increasingly strong in this population, which ends up impacting their quality of life process, these caregivers are increasingly overloaded, being strengthened on a daily basis by their religiosity, which ends up being a support and overcoming strategy.

**Keywords:** Quality of life; caregivers; Elderly; Primary attention.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 01 -	Pontos de corte da Dass – 21.....	23
Tabela 02 -	Características sociodemográficas dos participantes.....	30
Tabela 03 -	Níveis de Ansiedade Segundo as Características Sociodemográficas.....	32
Tabela 04 -	Níveis de Depressão Segundo as Características Sociodemográficas.....	33
Tabela 05 -	Níveis de Estresse Segundo as Características Sociodemográficas.....	35
Tabela 06 -	Aspectos relativos à saúde e à função de cuidador informal dos participantes.....	37
Tabela 07-	Análises descritivas dos indicadores de qualidade de vida, ansiedade, depressão, estresse, sobrecarga, coping, espiritualidade e suporte social...	39
Tabela 08 -	Correlação entre qualidade de vida, idade, ansiedade, depressão, estresse, sobrecarga, espiritualidade, coping e suporte social.....	41
Tabela 09 -	Teste de comparação de médias dos domínios da qualidade de vida entre grupos.....	43

## SIGLAS

ARES	Escala de Atitudes Relacionada à Espiritualidade
DASS 21	Depression, Anxiety and Stress Scale – Short Form
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DP	Desvio padrão
EF	Ensino Fundamental
EM	Ensino Médio
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar 1
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
EMSSP	Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
M	Média
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílio
SEDS	Secretaria Especial do Desenvolvimento Social
SICC	Sistema Integrado da Comissão Científica da Secretária de Saúde de Sobral

SPSS      Statistical Package for the Social Sciences

TCLE      Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

QV        Qualidade de vida

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO.....</b>	<b>19</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo geral.....</b>	<b>19</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivo específico.....</b>	<b>19</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>20</b>
<b>3.1</b>	<b>Tipo de pesquisa.....</b>	<b>20</b>
<b>3.2</b>	<b>Cenário da pesquisa.....</b>	<b>20</b>
<b>3.3</b>	<b>Período da coleta de dados da pesquisa.....</b>	<b>21</b>
<b>3.4</b>	<b>Participantes da pesquisa.....</b>	<b>21</b>
<b>3.5</b>	<b>Técnica e procedimentos para coleta de dados.....</b>	<b>21</b>
<b>3.6</b>	<b>Instrumentos.....</b>	<b>22</b>
<b>3.7</b>	<b>Análise dos Resultados.....</b>	<b>27</b>
<b>3.8</b>	<b>Aspectos Éticos.....</b>	<b>28</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>30</b>
<b>4.1</b>	<b>Análise descritiva das variáveis sociodemográficas e psicossociais.....</b>	<b>30</b>
<b>4.2</b>	<b>Correlação variáveis sociodemográficas e psicossociais.....</b>	<b>42</b>
<b>4.3</b>	<b>Diferenças entre variáveis sociodemográfica e psicossociais.....</b>	<b>43</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>46</b>
<b>5.1</b>	<b>Diferenças entre variáveis sociodemográfica e qualidade de vida.....</b>	<b>51</b>
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>54</b>

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>57</b>
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>65</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE PÓS - ESCLARECIDO.....</b>	<b>67</b>
<b>APÊNDICE C - PESQUISA.....</b>	<b>68</b>
<b>ANEXO A - DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS SCALE (DASS 21).....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXO B - ESCALA DE ZARIT.....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXO C - BRIEF COP.....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXO D – ARES - Escala de Atitudes Relacionadas à Espiritualidade.....</b>	<b>78</b>
<b>ANEXO E - 2-WAY SSS.....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXO F - ESCALA 06 - WHOQOL- BREF.....</b>	<b>83</b>
<b>ANEXO G - Carta de anuência.....</b>	<b>88</b>
<b>ANEXO H - Parecer Municipal.....</b>	<b>89</b>
<b>ANEXO I - Parecer Consubstanciado do CEP.....</b>	<b>91</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O presente estudo se deu a partir das vivências do pesquisador em seu campo de estágio desenvolvidos na prática de enfermagem, uma vez que notadamente o cuidado dos profissionais se destacavam de uma forma a escuta somente do paciente, pouco se tinha motivações para a escuta do cuidador, quando isso ocorria somente se percebia as respostas direcionados às práticas de cuidados.

O que se somou com a demanda do pesquisador em exercer o papel de cuidador informal durante sua vida por diversas vezes, e perceber que o cuidador passa por um processo de invisibilidade, assim este estudo busca exatamente abrir espaço para diálogo e entendimento das diversas situações.

Através disso, temos o processo de envelhecimento, fator esse que não basta por si só. Viver mais é importante, desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais de vida. Este fenômeno, do alongamento do tempo de vida, ocorreu inicialmente em países desenvolvidos, porém, mais recentemente, é nos países em desenvolvimento que o envelhecimento da população tem ocorrido de forma mais acentuada (Veras & Oliveira, 2018).

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial, e, segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (2005), caracteriza-se o envelhecimento como um triunfo da humanidade no século XX, decorrente do sucesso de políticas de saúde públicas e sociais. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílio (2016) entre 2012 e 2016 a população idosa cresceu 16% chegando a 29,6 milhões de pessoas. A população de 65 anos ou mais cresceu 26% entre 2012 e 2018, enquanto a população de 13 anos recuou 6%, segundo dados da Secretaria Especial do Desenvolvimento Social - SEDS (2018).

A rápida transição demográfica observada no Brasil, com o aumento da idade mediana da população, apresenta impactos importantes na saúde da população e traz, em decorrência do aumento da carga das doenças crônicas não transmissíveis, causando assim forte repercussão no Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo os autores essa transição ocorre em quatro estágios, sendo que no primeiro a mortalidade é concentrada nos primeiros anos de vida (grande percentagem da população é jovem); no segundo a mortalidade decresce e as taxas de crescimento aumentam ou se mantêm elevadas (percentagem de jovens na população aumenta); no terceiro momento, as taxas de fertilidade decrescem e a mortalidade continua a cair (aumento da percentagem de adultos jovens, e progressivamente de pessoas idosas) e no último estágio, a mortalidade em todos os grupos etários continua a cair (aumento contínuo na percentagem de idosos na população).(VANZELLA, 2019).

Atualmente, 125 milhões de pessoas têm 80 anos ou mais. Em 2050, haverá 120 milhões vivendo apenas na China e 434 milhões de pessoas nesta faixa etária em todo o mundo. Em 2050, 80% de todas as pessoas idosas viverão em países de baixa e média renda (Organização Pan - Americana da Saúde, 2018).

Embora esta mudança na distribuição da população de um país em relação ao envelhecimento das pessoas tenha começado em lugares de alta renda (no Japão, por exemplo, 30% da população já tem mais de 60 anos), agora são os países de baixa e média renda que estão experimentando a mudança em um nível maior. Em meados do século, muitos países (Chile, República Islâmica do Irã e Federação Russa) terão uma proporção semelhante de pessoas idosas à do Japão (Organização Mundial de Saúde, 2018).

No entanto, países como o Brasil, China e Índia terão pouco mais de 20 anos para fazer a mesma adaptação, na Europa, essa realidade já é bastante presente a população em vários países desse continente em sua grande maioria é idosa, hoje no mundo a expectativa de vida é entre os 71 e 72 anos, mas ao final deste século esse indicador deve subir para os 83 anos; no Brasil em 2016 a expectativa de vida pairava nos 75 anos e igualmente ao fim deste século vai com certeza ultrapassar os 88 anos de idade (Grandelle, 2016; Silva et al., 2022).

Sabendo então da condição de longevidade da população brasileira e mundial que vem aumentando é muito pertinente um olhar mais preciso as suas necessidades, e entre essas a saúde, claramente que a população vivendo mais, se deve ter o atendimento contingenciado a este público assim como todos os demais (Silva et al., 2019).

Envelhecer com saúde depende não só de fatores genéticos biológicos, mas, em parte, do contexto social, cujos fatores não se têm controle, a exemplo disto temos as doenças típicas da velhice, da pobreza, do pouco acesso aos serviços de promoção da saúde e prevenção de doenças (Figueiredo et al., 2008).

Correntemente, 86,4% da população idosa no Brasil é ativa, prescindindo de cuidados pessoais sistemáticos. No entanto, os 13,6% restantes apresentam algum tipo de dependência, em decorrência de doenças como Alzheimer e outros tipos de demências, além de modalidades de dependências de natureza motora, visual, auditiva, dentre outras (Mendonça et al., 2021).

Desta maneira temos o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que é o indicador que mais contribui para mensurar o desenvolvimento de um país (Rodrigues, 2018) e leva em conta alguns vetores econômicos em sua medição, assim sugere que para mensurar o

desenvolvimento dos países devem ser levados em conta as características culturais, políticas e sociais para averiguar a evolução na qualidade de vida (Barbosa, Tafner Júnior & Faria, 2016).

No tocante ao IDH o Ceará ocupa o 17º lugar no país, sendo o Distrito federal o primeiro estado a ocupar o ranking do IDH com um percentil de 0,824. No cenário sobralense o índice de desenvolvimento ocupa o segundo lugar no desenvolvimento cearense, tendo uma pontuação de 0,714, ficando atrás apenas da capital Fortaleza com 0,754 no IDH (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021). Desta forma a Organização das Nações Unidas (ONU) traz o IDH como um fator também correlacionada a qualidade de vida da população, além de identificar os serviços em que a população tem acesso.

O estudo de Bento (2020) traz que o envelhecimento e as doenças decorrentes desse processo levam a uma maior suscetibilidade às características do ambiente em que se vive (Buys et al., 2015). Indivíduos que vivem em áreas sem investimentos na infraestrutura de apoio à saúde ou com problemas sociais e econômicos (investimentos inadequados em capital humano, moradia insalubre, criminalidade, violência), por exemplo, podem estar sujeitos a altos níveis de estresse crônico, o que aumenta a chance de desenvolverem a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (Sparrenberger et al., 2009; Chaix et al., 2010).

Diante a isso ressalta-se que esse envelhecimento populacional acarreta uma série de alterações na organização da dinâmica pessoal, familiar, social e profissional, o que influencia o desenvolvimento de uma sociedade e motiva a necessária readaptação de políticas públicas ligadas ao ambiente laboral, à saúde e à segurança social da pessoa idosa (Fragoso, 2008).

No ano de 2003 surge um marco governamental chamado Estatuto do Idoso, após sua tramitação no Congresso Nacional foi sancionada pelo então presidente da república Luís Inácio Lula da Silva, onde traz em seu texto a marcante atribuição de proteção social ao público idoso no Brasil.

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

§ 1º A garantia de prioridade compreende:

(...)

V – Priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência;

(...)

Art. 9º É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade (Brasil, 2003).

Em 2006 foi instituída, pela Portaria nº 2528/GM, de 19 de outubro de 2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), criada através da Portaria nº 1395/1999, do Ministério da Saúde (MS), visou recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade (Brasil, 2006a).

Nesta perspectiva, o envelhecimento traz consigo certas situações que desafiam os sistemas de saúde e de previdência social. Envelhecer não significa necessariamente adoecer. O conceito de envelhecer pode ser entendido como algo subjetivo e de transformações biopsicossociais que modificam aspectos comuns em indivíduos saudáveis, levando-os a novas percepções de enfrentamento da vida (Cancela, 2017).

As Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão cada vez mais presentes, atingindo as diversas camadas da sociedade e as idades cronológicas mais diversificadas. A propósito as DCNT no Brasil detém a taxa de responsabilização de 73% das mortes gerais e 17% das mortes precoces registradas no ano de 2017 (Organização Mundial de Saúde, 2017). Desta forma, Duncan et al. (2012) traz os fatores socioeconômicos onde 80% dos óbitos por DCNT ocorreram em países de baixa ou média renda, afetando assim principalmente os adultos com menos de 60 anos.

Diante do grande debate que se tem feito acerca das DCNT, a assembleia da Organização das Nações Unidas (ONU) em setembro de 2011, traz que ao afirmar a carga das DCNT e seu impacto constituem um dos grandes desafios para o desenvolvimento no século XXI, reconheceu o papel e a responsabilidade primordial dos governos na resposta ao desafio. Contudo, é necessário um engajamento de todos os setores da sociedade para gerar respostas acertadas na prevenção e controle das mesmas (Organização Mundial de Saúde, 2011).

As DCNT constituem o maior e mais desafiador problema de saúde atualmente, com impactos que permeiam o aumento no número de mortes prematuras (aquelas que ocorrem em indivíduos entre 30 e 69 anos de idade), a perda de qualidade de vida, o aparecimento de incapacidades e o impacto econômico para a sociedade e os sistemas de saúde (Pesquisa Nacional de Saúde, 2020).

Demasiadamente é bastante influenciada pelas condições de vida das pessoas, principalmente em função de desigualdades e vulnerabilidades reais, produzidas em nível social, de modo que não são resultado apenas dos estilos de vida. Segundo a OMS (2014) às

DCNT, em geral, compartilham fatores de risco passíveis de modificação, como o tabagismo, a alimentação inadequada, a prática insuficiente de atividade física, o consumo abusivo de álcool, o excesso de peso e a obesidade

O Ministério da saúde cada vez mais vem trabalhando a orientação a suas equipes de saúde, para que se esforcem para o enfrentamento às DCNT, promovendo assim o envelhecimento ativo, nessa população. Para tanto o Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT propõe medidas quanto à implementação de um modelo de atenção integral ao envelhecimento; incentivo aos idosos à prática de atividade física; capacitação das equipes e profissionais de saúde para melhor atender aos idosos; incentivo ao autocuidado e criação de programa para formação de cuidadores de idosos e de pessoas com condição crônica (Brasil, 2011).

Isto posto surge um sujeito fundamental no desenvolvimento do cuidado, o cuidador. Segundo o Caderno de Atenção Básica (Brasil, 2006b), o cuidador é a pessoa, da família ou não, que presta cuidados à pessoa idosa que apresenta dependência (em maior ou menor grau). Suas tarefas envolvem o acompanhamento nas atividades diárias, como auxílio na alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina entre outros; auxiliando na recuperação e na qualidade de vida dessa pessoa (Brasil, 2006c).

O cuidador pode ser caracterizado como cuidador formal e informal. O cuidador formal é o profissional preparado em uma instituição de ensino para prestar cuidados no domicílio, segundo as necessidades específicas do usuário. O cuidador informal é um membro da família, ou da comunidade, que presta qualquer tipo de cuidado às pessoas dependentes, de acordo com as necessidades específicas (Moreira, 2015).

Em seu estudo Costa (2017) traz resultados, que parecem confirmados empiricamente que o papel de cuidador é exercido prioritariamente pela mulher, sendo esta esposa ou filha, já que quando uma pessoa se encontra em situação de dependência e está casada, os cuidados irão, inevitavelmente, ser prestados pelo cônjuge ou alguém que coabita com este.

A temática cuidador, cuidados domiciliares a idosos e o idoso com dependência no domicílio, é uma discussão emergente no Brasil, principalmente a partir da década de 80. Contudo, a Política Nacional do Idoso pouco se refere à população portadora de dependência, sendo precário o sistema de suporte formal a esses idosos e suas famílias (Brasil, 1994; Pedreira & Oliveira, 2012).

Neste contexto, encontram-se alguns aspectos comuns e cotidianos que também se

modificam com o passar dos anos: as atividades básicas de vida diária (ABVD) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD). As ABVD envolvem atividades de autocuidado, tais como: alimentar-se, vestir-se, banhar-se, transferir-se e ter continência. Já as AIVD são aquelas atividades que proporcionam independência, seja no lar ou em demais atividades do indivíduo, como manipular medicamentos, administrar as próprias finanças, realizar compras, utilizar os meios de transporte, preparar alimentos, realizar tarefas domésticas e usar o telefone. A preservação da capacidade de realizar essas atividades, seja nas funções dentro de casa ou no convívio em sociedade, é essencial para a independência do idoso em sua comunidade (FERNANDES, 2015).

Trazendo para o contexto desse estudo, a cidade de Sobral no Ceará, desenvolve como suporte a essa população, a atenção domiciliar da cidade de Sobral que existe desde 2009 e foi incorporado ao Programa Melhor em Casa a partir de julho de 2013. Atualmente, é composto por 3 equipes multiprofissionais: Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar 1 (EMAD 1), Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar 2 (EMAD 2) e Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) (Eugênio et al., 2015).

A política de desinstitucionalização sustenta a necessidade de contenção das despesas, vontade da pessoa dependente em permanecer em sua habitação e promoção da qualidade de vida (Lopes, 2005; Lafortune & Balestat, 2007; Horrell, Breheny, & Stephens, 2014; Costa, 2017).

Com isso, os sentimentos positivos e negativos, conflitos psicológicos, tristeza, medo e insegurança são comuns ao longo da experiência de cuidado (Lopes & Cachioni, 2013). Desta forma avaliar a qualidade de vida de cuidadores de idosos é um tema que adquire cada vez maior relevância, dado ao crescente envelhecimento populacional.

Justifica-se esse trabalho pelo crescente número de idosos no Brasil, onde infelizmente tem-se envelhecido com baixa qualidade de vida. As doenças crônicas degenerativas são secundarizadas e frequentemente ceifam a independência dessa população. Acarretando assim a dependência de um cuidador, consecutivamente uma maior sobrecarga sobre o mesmo (Gratão et al., 2013). Desta forma, esta pesquisa busca identificar qual o grau da qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos com doenças crônicas graves nas áreas adscritas ao município de Sobral/CE.

Além de ser um estudo inovador na região, fortalecendo assim o vínculo entre a universidade e a sociedade. Auxilia inclusive no pensar em políticas públicas na região a cerca do cuidador informal, política essa que necessita ser fortalecida.

Diante do exposto chegou-se às seguintes perguntas motivadoras: Será que a qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos sofre alterações durante o processo de cuidar?

Será que há relação, diferença e relação de predição entre Qualidade de vida e fatores sócio demográfico, econômico e psicossociais?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Avaliar a qualidade de vida dos cuidadores de idosos acamados com doenças crônicas.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Investigar a relação e diferença entre Qualidade de vida e fatores sócio demográfico, econômico (sexo, idade, escolaridade, renda, cor da pele, atividade laboral, organização familiar, lazer, esporte, religião, etc)
- Investigar a relação e diferença entre Qualidade de vida e os fatores psicossociais (Sobrecarga, Ansiedade, Depressão, Estresse, COPING, Suporte Social, Espiritualidade).
- Realizar um relatório técnico científico destinado a Secretaria Municipal de Saúde de Sobral, para que possa instituir políticas de saúde no município a partir dos resultados obtidos.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de pesquisa**

Este estudo trata-se de um estudo quantitativo, exploratório, correlacional e de caráter transversal. Desse modo, as etapas consistiram em: 1) submissão Núcleo de Ética e Pesquisa de Sobral, 2) submissão ao Comitê de Ética; 3) contato com estratégia de saúde da família na cidade de Sobral; 4) estudo piloto; 5) aplicação dos questionários sociodemográficos e os questionários psicossociais nos participantes; 6) estudo psicométrico das escalas; 7) compilação e análise dos dados obtidos e produção dos resultados.

A pesquisa exploratória-descritiva tem como objetivo, descrever características de determinada população, ou fenômeno ou ainda o estabelecimento de relações variáveis (Gil, 2017).

O estudo de natureza quantitativa trata-se de informações em formato numérico, onde o pesquisador identifica a variável a ser pesquisada, desenvolvem definições conceituais e operacionais e coletam os dados relevantes na pesquisa. Na mesma pesquisa, os sujeitos estudados ou população da amostra são chamados de participantes do estudo, onde os mesmos são convidados a responder o formulário que compõe o estudo (Polit & Beck, 2011).

Também podemos citar os estudos de Frei (2020), que traz a Inferência Estatística, que tem como objetivo realizar generalizações sobre uma população através de evidências fornecidas por uma amostra retirada dessa população. Métodos estatísticos inferenciais paramétricos exigem suposições sobre a natureza da distribuição da população, como por exemplo, a confirmação de que os dados em estudo seguem uma distribuição de probabilidade gaussiana ou normal.

No entanto, em muitas situações essas suposições não são válidas e os testes não paramétricos surgem como alternativa para substituir os testes paramétricos. Assim, a estatística não paramétrica pode ser vista como o conjunto de métodos estatísticos que não se relacionam com parâmetros específicos ou mantêm suas propriedades distributivas independentemente da distribuição subjacente dos dados (Coakley, 1996).

#### **3.2 Cenário da pesquisa**

O presente estudo foi realizado na cidade de Sobral, situada na região Norte do Ceará, a 235 quilômetros de Fortaleza. A cidade de Sobral se apresenta como o mais significativo referencial de crescimento e desenvolvimento econômico do interior do Estado,

constituindo- se num centro de convergência, por sua ampla e moderna estrutura nos setores da saúde, educação, comércio, indústria, serviços, lazer, cultura e arte. Sobral é ligada a Fortaleza pela BR-222, que interliga nosso estado aos estados do Piauí, Maranhão e Pará. Segundo dados do IBGE, a cidade possui uma população de 208.935 habitantes estimada para 2019, é o quinto município mais povoado do estado e o segundo maior do interior (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019).

Mediante a esse cenário a atenção domiciliar em Sobral, ocorreu em 2009 por iniciativa da Prefeitura Municipal em parceria com a Secretária de Saúde. Entretanto, com caráter de Programa Melhor em Casa, deu-se em parceria com o Ministério da Saúde, dando início às suas atividades em 2013 até os dias atuais.

### **3.3 Período da coleta de dados da pesquisa**

A coleta de dados se deu após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com o ingresso em campo no mês de junho a dezembro de 2022.

### **3.4 Participantes da pesquisa**

A população da pesquisa contemplará cuidadores de idosos com doenças crônicas grave, em condição de acamados adscritos nos Centro de Saúde da Família (CSFs) do município de Sobral, já a amostra do estudo será constituída por pessoas que estejam exercendo o papel como cuidador(a) de idoso alocados no território da sede do município. Além de aceitar participar da pesquisa voluntariamente sem nenhum retorno financeiro.

Como critérios de inclusão para compor a amostra deste estudo foram elencados: 1) residir na região norte do estado do Ceará – CE; 2) ser maior de 18 anos; 3) saber ler e escrever. E como critérios de exclusão, inclui-se: 1) ter escolaridade inferior a quatro anos ou não compreender a língua portuguesa;

O cálculo do tamanho da amostragem a partir do total da população, o tamanho da amostragem foi de 60 participantes, tendo margem de erro de 5% e confiabilidade de 90%.

Nossa amostra foi composta de 50 cuidadores informais.

### **3.5 Técnica e procedimentos para coleta de dados**

O projeto foi inicialmente enviado ao Sistema Integrado da Comissão Científica da

Secretária de Saúde de Sobral – SICC (Plataforma Saboia) e ao Núcleo de Ética e Pesquisa de Sobral, após contemplado e autorizado, o trabalho foi submetido à Plataforma Brasil e direcionado a um Comitê de Ética em Pesquisa, obtendo Aprovação com parecer sob o número 5.259.741, em seguida foram agendadas visitas a Unidade Básica de Saúde, conversado com a gerência e agentes comunitários de saúde, onde o projeto será apresentado, bem como o instrumento de coleta de dados.

Utilizamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)<sup>1</sup> para participação na pesquisa, que estava disponível no início do formulário para cada participante, onde será explicada a ele qualquer dúvida acerca da pesquisa e dos questionários e escalas que foram utilizados. Ficou claro a explicação também do termo de consentimento logo em seu início, pois o participante somente avançará para as respostas das perguntas existentes, além dos questionários e escalas, conforme a resposta de aprovação e consentimento ao termo.

Os questionários e escalas foram aplicados de forma presencial. Caso os informantes tenham quaisquer dúvidas ou questões após os processos de pesquisa, os contatos do Comitê de Ética, bem como dos pesquisadores responsáveis estarão disponíveis no termo de consentimento.

Como forma de levantamento dos participantes, buscou contato prévio com os gerentes de cada unidade de saúde, visando a disponibilização de dados, tais como: bairro, telefone e e-mail, uma vez que esses dados serão utilizados para identificação dos participantes, independente da forma de aplicação do questionário.

No caso da coleta de dados presencial, buscou-se a colaboração dos agentes comunitários de saúde, para o levantamento dos participantes e localização de suas residências, uma vez que os mesmos já são parte fundamental do território. Para que o pesquisador pudesse acessar o cuidador familiar.

### **3.6 Instrumentos**

Como instrumentos de coletas de dados foi trabalhado com um questionário sociodemográfico e econômico para apreensão das informações necessárias à delimitação do perfil social dos sujeitos entrevistados, bem como aplicar-se-á seis escalas de avaliação psicométricas referentes a avaliação de ansiedade, depressão e estresse, além de avaliar a sobrecarga do cuidador, seu suporte social, espiritual e qualidade de vida.

---

<sup>1</sup> Segue anexado, como apêndice, o TCLE que será disponibilizado aos participantes.

## 1) DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS SCALE – SHORT FORM

A Depression, Anxiety and Stress Scale – Short Form (DASS-21) (ANEXO A) foi desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995) com o objetivo de medir e diferenciar, ao máximo, os sintomas de ansiedade e depressão. A escala é composta por vinte um itens, sendo de fácil e rápida administração. A cotação/correção deste questionário é realizada através da soma dos itens das sub-escalas, os resultados possíveis são entre 0 a 21.

A versão brasileira da Escala DASS- 21/EADS-21 ratificou possuir propriedades semelhantes às da versão original, verificando-se o modelo tripartido: depressão, ansiedade e estresse, tendo coeficiente de consistência interna de 0.81 (Silva et al., 2016).

A cotação/correção deste questionário é realizada através da soma dos itens das sub-escalas, os resultados possíveis são entre 0 a 21. Pontuações mais elevadas correspondem a estados afetivos mais negativos, podendo ser dividida em normal, leve, moderado, severo e extremamente severo, conforme pontuação estabelecida.

A DASS 21 (Vignola & Tucci, 2014) é uma medida que avalia ansiedade (p. ex.: “senti a minha boca seca”), depressão (p. ex.: “senti que não tinha muito valor como pessoa”) e estresse (p. ex.: “tive tendência a reagir com exagero em determinadas situações”) por meio de 21 itens. Suas assertivas variam de 0 (“não se aplicou nada a mim”) a 3 (“Aplicou-se a mim a maior parte das vezes”). Os escores obtidos são somados, de modo que pontuações mais altas implicam em níveis mais elevados de ansiedade, depressão e/ou estresse. Neste estudo, a consistência interna da medida obteve índices satisfatórios (ansiedade:  $\alpha = 0,94$ ; depressão:  $\alpha = 0,95$ ; estresse:  $\alpha = 0,92$ )

Os parâmetros do instrumento também podem ser interpretados de forma qualitativa. Nesse caso as pontuações são somadas e multiplicadas por 2 (Vignola & Tucci, 2014).

**Tabela 01 - Pontos de corte da Dass-21**

Parâmetros	Ansiedade	Depressão	Estresse
Normal	0-7	0-9	0-14
Leve	8-9	10-13	15-18
Moderado	10-14	14-20	19-25
Severo	15-19	21-27	26-33
Extremamente severo	$\geq 20$	$\geq 28$	$\geq 34$

## 2) BURDEN INTERVIEW DE ZARIT

A escala burden interview de Zarit (ANEXO B) tem como objetivo avaliar a sobrecarga de cuidadores de idosos. A escala foi construída para ser auto-aplicável, mas também pode ser aplicada por um entrevistador. Composta por 07 itens, (p. ex.: “sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/doente já não tem tempo suficiente para você mesmo?”). As assertivas do instrumento variam de 1 (“nunca”) a 5 (“quase sempre”), cada item da escala é pontuado de 01 a 05. Diante disso as respostas possíveis indicam o quanto o respondente está se sentindo sobrecarregado devido ao seu papel como cuidador. Quanto maior a pontuação total, maior a sobrecarga, tendo coeficiente de consistência interna de 0.87 na versão brasileira (Scazufca, 2002).

Podendo ser dividida em sobrecarga leve (até 14 pontos), sobrecarga moderada (15-21 pontos) e sobrecarga grave (acima de 22 pontos).

Com o objetivo de verificar a dimensionalidade da versão com 7 itens, foi realizada uma análise de componentes principais, empregando-se análise paralela como método de retenção fatorial. Os resultados indicaram que a matriz era passível de fatoração (Kaiser-Meyer-Olkin = 0,73; Teste de Esfericidade de Bartlett:  $\chi^2(21) = 312,5$   $p < 0,001$ ). A análise paralela apontou a existência de apenas um componente, que explicou 70,8% da variância dos itens. Os itens apresentaram cargas que variaram de 0,64 a 0,93. Ademais, a medida apresentou adequada consistência interna ( $\alpha = 0,92$ ).

## 3) BRIEF COPE

As estratégias de enfrentamento a situações adversas foram avaliadas pelo BriefCOPE (adaptado por Maroco et al., 2014) (Anexo C). O instrumento contém 28 itens distribuídos em 14 fatores, a saber: a) *coping* ativo (p. ex.: “Concentro os meus esforços em alguma coisa que me permita enfrentar a situação”), b) planejar (p. ex.: “Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer”), c) suporte instrumental (p. ex.: “Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação”), d) suporte emocional (p. ex.: “Procuro o conforto e compreensão de alguém”), e) religião (p. ex.: “Rezo ou medito”), f) reinterpretação positiva (p. ex.: “Procuro algo positivo em tudo o que está acontecendo”), g) aceitação (p. ex.: “Tento aceitar as coisas tal como estão acontecendo”), h) humor (p. ex.: “Enfrento a situação com sentido de humor”), i) auto culpabilização (p. ex.: “Faço críticas a mim mesmo”), j) expressão de sentimentos (p. ex.: “Sinto e expesso os meus sentimentos de aborrecimento”), k) negação

(p. ex.: “Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer comigo”), l) auto distração (p. ex.: “Refugio-me noutras atividades para me abstrair da situação”), m) desinvestimento comportamental (p. ex.: “Desisto de me esforçar para obter o que quero”), e n) abuso de substâncias (p. ex.: “Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas”). As assertivas variam em uma escala de 0 (“nunca fiz isto”) a 4 (“faço sempre isto”).

O Alfa de Cronbach’s do inventário na versão brasileira está entre 0,64 a 0,82 (Carver, 1997).

As oito primeiras escalas se referem a práticas adaptativas de coping, as demais dimensões dizem respeito a modos desadaptativos. Com o objetivo de empregar uma solução mais parcimoniosa, optou-se por utilizar a escala de maneira bidimensional, agrupando-se os itens nos fatores coping adaptativo e coping desadaptativo, conforme descrição anterior. Não foi possível testar neste estudo, de modo mais aprofundado, a qualidade psicométrica da estrutura com dois fatores devido ao tamanho amostral. Apesar disso, uma revisão de literatura ampla e recente demonstrou que o BriefCOPE apresentou estrutura bifatorial na maioria dos estudos de validação ao redor do mundo (Solberg, Gridley & Peters, 2022). Neste estudo, a consistência interna de ambos o fator apresentou resultado satisfatório (coping adaptativo:  $\alpha = 0,92$ ; coping desadaptativo:  $\alpha = 0,87$ ).

#### **4) ATITUDES RELACIONADA À ESPIRITUALIDADE (ARES)**

A espiritualidade foi avaliada pela Escala de Atitudes Relacionada à Espiritualidade (ARES, desenvolvida por Braghetta, 2017) (Anexo D). O conceito de espiritualidade adotado pela ARES é baseado na concepção de Koenig, McCullough e Larson (2001), que a define como uma compreensão individual de questões existenciais como vida e morte, bem como a relação dessas questões com o sagrado/transcendente. O instrumento contém 11 itens (p. ex.: “minha fé ou crenças espirituais me dão apoio no dia a dia”) e estrutura unidimensional. As pontuações variam de 1 (discordo muito) a 5 (concordo muito). Os escores são somados. Valores mais altos implicam em maiores níveis de espiritualidade. Não há um ponto de corte que defina parâmetros qualitativos de avaliação do construto. Além disso, até onde vai o nosso conhecimento, é a primeira escala sobre espiritualidade desenvolvida no contexto brasileiro. A consistência interna de 0.98 (Braghetta, 2017). Neste estudo, a ARES apresentou consistência interna satisfatória ( $\alpha = 0,95$ ).

## 5) ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE SUPORTE SOCIAL PERCEBIDO

Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (EMSSP) (Anexo E), que se apoia na premissa de que a percepção de suporte social provém de três fontes específicas, constituintes da rede social do indivíduo: família, amigos e outros significativos.

A escala é composta por 12 itens que formam quatro dimensões. Os participantes são solicitados a indicar o grau em que cada item é verdadeiro para eles numa escala do tipo Likert que varia de 0 (nada) a 5 (sempre). As pontuações maiores indicam níveis mais elevados de dar ou receber suporte social. As pontuações maiores indicam níveis mais elevados de dar ou receber suporte social. Os índices de consistência interna dos fatores da escala brasileira, calculados pelo alfa de Cronbach, foram iguais a 0,93 (amigos), 0,91 (família) e 0,90 (outros significativos) (Gabardo-Martins, Ferreira & Valentini, 2017).

O suporte social dos cuidadores foi mensurado pela Escala de Suporte Social de 2 Vias (2-Way Social Support Scale), instrumento com 21 itens desenvolvido por Shakespeare-Finch e Obst (2011). O construto é avaliado por meio de quatro componentes, dois deles se referem a receber suporte (emocional e instrumental) e os outros dois, a dar suporte (emocional e instrumental): a) receber suporte emocional (p. ex.: “eu tenho alguém com quem posso conversar sobre as pressões da minha vida”), b) dar suporte emocional (p. ex.: “sou uma pessoa disponível para escutar os problemas dos outros”), c) receber suporte instrumental (p. ex.: “se eu estiver com problemas alguém irá me socorrer”) e d) dar suporte instrumental (p. ex.: “eu ajudei alguém com suas responsabilidades quando ele não conseguiu realizá-las.”). Os escores são obtidos a partir da média dos itens em seus respectivos componentes. As pontuações maiores indicam níveis mais elevados de dar ou receber suporte social. As pontuações maiores indicam níveis mais elevados de dar ou receber suporte social. Os índices de consistência interna dos fatores da escala brasileira, calculados pelo alfa de Cronbach, foram iguais a 0,93 (amigos), 0,91 (família) e 0,90 (outros significativos) (Gabardo-Martins, Ferreira & Valentini, 2017). Neste estudo a medida apresentou, com exceção do último fator, adequada consistência interna no estudo aqui relatado (receber suporte emocional:  $\alpha = 0,98$ ; dar suporte emocional:  $\alpha = 0,97$ ; receber suporte instrumental:  $\alpha = 0,91$ ; dar suporte instrumental:  $\alpha = 0,64$ ).

## 6) WHOQOL-BREF

A qualidade de vida foi avaliada pela WHOQOL-BREF (Fleck et al., 1999) (Anexo F). Trata-se de uma versão reduzida de 26 itens do instrumento original WHOQOL-100. A medida mensura a qualidade de vida por meio de quatro facetas, a saber: a) domínio físico, que avalia elementos relativos à saúde física como dores, necessidade de cuidados médicos, disposição, mobilidade, satisfação com o sono, capacidade para desempenhar atividades do dia a dia e de trabalho; b) domínio psicológico, que mensura aspectos como satisfação e sentido de vida, concentração, aceitação e sentimentos; c) domínio social, que explora a percepção de qualidade das relações pessoais, vida sexual e apoio social e d) domínio ambiental, que avalia a qualidade do ambiente físico a partir de aspectos como segurança, transporte, recursos financeiros e acesso a serviços de saúde. O instrumento contém, ainda, duas questões que avaliam a qualidade de vida e a satisfação com a saúde de uma forma geral (Organização Mundial de Saúde, 1998). Neste estudo, a consistência interna da medida obteve resultados satisfatórios (domínio físico:  $\alpha = 0,73$ ; domínio psicológico:  $\alpha = 0,82$ ; domínio social:  $\alpha = 0,83$ ; domínio ambiental:  $\alpha = 0,80$ ).

Conforme recomendação da Organização Mundial de Saúde (1988), os escores da WHOQOL-BREF são obtidos a partir da média dos itens em seus respectivos domínios. Esses valores, então, são multiplicados por 4. Posteriormente, subtrai-se quatro unidades do valor resultante e multiplica-se por 100/16. Assim, é possível obter os escores em termos de porcentagens. Quanto mais próximo de 100, maior é o nível de qualidade de vida no domínio avaliado. Não foi necessário adotar as recomendações para dados faltantes uma vez que o banco não continha valores ausentes.

### 3.7 Análise dos Resultados

Para subsidiar a sistematização de análise dos dados, o banco de dados foi elaborado no Programa Excel versão 2012, levando-se em conta as variáveis utilizadas no instrumento de coleta de dados. Desse modo, os estudos documentais e transversais serão apresentados por meio de tabelas, utilizando-se estatística descritiva.

Os dados foram posteriormente analisados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23.0, valendo-se da estatística descritiva com cálculo de frequência absoluta e porcentagem. O SPSS é o *software* estatístico líder usado para resolver problemas de negócios e pesquisa por meio de análise ad hoc, testes de hipóteses e análise preditiva. O SPSS é utilizado para entender dados, analisar tendências, prever e planejar para validar suposições e

conduzir conclusões precisas (International Business Machines, 2017). Foi utilizado o cruzamento estatístico por meio do SPSS da variável dependente e independentes, apresentado em tabelas.

O *software* IBM SPSS (versão 22) foi empregado para a realização das análises. Efetuou-se estatísticas descritivas (frequência e porcentagem) para se obter os indicadores dos construtos avaliados conforme parâmetros apresentados anteriormente. Com o objetivo de avaliar em que medida as médias dos indicadores de qualidade de vida eram diferentes entre grupos, foi realizado teste t de Student para amostras independentes. O teste de Levene foi utilizado para verificar o pressuposto de igualdade de variância. Quando tal critério não foi acatado, utilizou-se o teste t de Welch. Para a realização dos teste de diferença de média, a variável estado civil foi categorizada em pessoas com companheiro (casados e em união estável) e pessoas sem companheiro (solteiros, viúvos e divorciados), visto que a quantidade de participantes em alguns dos níveis dessa variável era pequena, impossibilitando a efetuação de Análise de Variância (ANOVA). Ademais, a variável percepção da qualidade do sono foi categorizada em sono ruim e sono satisfatório (bom, regular e ótimo).

Com o objetivo de verificar em que medida a qualidade de vida estava associada às variáveis idade, ansiedade, depressão, estresse, sobrecarga, espiritualidade, *coping* e suporte social, realizou-se testes de correlação de Spearman. Para todas as análises bivariadas, a normalidade dos dados foi verificada pelos testes de Shapiro-Wilk.

### **3.8 Aspectos Éticos**

Os princípios éticos foram seguidos conforme a resolução nº 466/12, respeitando os princípios éticos para pesquisa com seres humanos.

A Não-maleficência, evitar o mal, causar o menor prejuízo e agravos possíveis ao indivíduo será considerada a partir do esforço do entrevistador em minimizar quaisquer riscos existentes, além de se comprometer eticamente, havendo algum dano perceptível para encerrar a entrevista, independente de seu término. A justiça se refere a um sistema de leis que respaldam tanto os pacientes, quanto os profissionais, respeitando o direito individual de cada ser humano, com igualdade para todos, deste modo afirma-se que todos os sujeitos serão tratados de forma igualitária.

Equidade é a igualdade entre os seres, sem distinção, reconhecendo as necessidades de cada pessoa, entretanto devendo-se fazer mais para quem mais precisa, assim trabalhar cuidadores de idosos acamados, conhecendo sua sobrecarga de trabalho, possibilita a reflexão

de direcionar futuras ações para uma população expressiva, mas pouco lembrada. Cuidados especiais serão tomados para proteger a pessoa do estudo, o que evitará constrangimentos, e possível perda do interesse do entrevistado em participar da pesquisa, tudo isso deixando claro que se ele quiser se retirar a qualquer tempo o fará sem nenhum prejuízo.

Dessa forma, os cuidadores foram convidados para participar da pesquisa e logo após assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) cujos mesmos terão total poder de escolha e vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa e livre. O termo de consentimento foi dividido em duas vias: uma para entregar aos participantes e uma ficará com o pesquisador.

A pesquisa obteve parecer favorável na comissão de ética em pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) sob o parecer de número 5.259.741 (ANEXO I).

Ressaltamos como risco a possibilidade desta pesquisa ter produzido possível constrangimento aos participantes, contudo, trabalharemos de maneira ética e objetiva com a intenção de evitar ou minimizar quaisquer riscos. No que tange ao benefícios, este trabalho não poderá trazer resultados rápidos, isto é, de imediato, mas, com certeza, a médio e longo prazo, tais discussões acrescentaram elementos importantes para problematizar o cenário da qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos, possibilitando também uma melhor compreensão das características da população especificada e podendo contribuir no desenvolvimento de políticas públicas acerca do tema.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 Análise descritiva das variáveis sociodemográficas e psicossociais

Participaram do estudo 50 cuidadores informais da cidade de Sobral, no Ceará. A maioria era do sexo feminino (90%). A idade dos respondentes variou entre 23 e 81 anos ( $M = 52,18$ ;  $DP = 13,56$ ). Metade da amostra era solteira e 40% eram casados. No que se refere à raça/cor, a maior parte se autodeclarou como pardo (72%), seguido por preto (16%), branco (6%) e amarelo (6%). Em relação à religião, a maioria era católica (62%), (30%) eram evangélicos e (6%) afirmaram não ter religião. Um participante informou ser umbandista. No que concerne à escolaridade, quase metade tinha ensino médio completo ou incompleto (46%). Além disso, (18%) tinham ensino fundamental incompleto, (12%) eram analfabetos, (8%) apenas liam e escreviam, (8%) tinham ensino fundamental completo e (8%) tinham cursado ensino superior. No que diz respeito à ocupação, a maioria não exercia atividade remunerada (90%). A maior parte dos respondentes tinha filhos (68%). Ademais, a maioria morava na casa do idoso de quem cuidava (52%), (38%) residiam em casa própria e (10%), em casa de parentes (Tabela 02).

**Tabela 02** - Características sociodemográficas dos participantes (n = 50)

Variáveis	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	45	90
Masculino	5	10
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	25	50
Casado	20	40
União estável	3	6
Divorciado	1	2
Viúvo	1	2
<b>Cor/raça</b>		
Pardos	36	72
Pretos	8	16
Amarelos	3	6

Branco	3	6
<b>Religião</b>		
Católicos	31	62
Evangélicos	15	30
Umbandistas	1	2
Não possui religião	3	6
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	6	12
Lê e escreve	4	8
Ensino fundamental incompleto	9	18
Ensino fundamental completo	4	8
Ensino médio incompleto	11	22
Ensino médio completo	12	24
Ensino Superior	4	8
<b>Possui filhos</b>		
Sim	34	68
Não	16	32
<b>Exerce atividade remunerada</b>		
Sim	5	10
Não	45	90
<b>Situação de moradia</b>		
Mora na casa do idoso cuidado	26	52
Mora em casa própria	19	38
Mora em casa de parentes	5	10
	M	DP
<b>Idade</b>	52,18	13,56

Em relação aos aspectos de saúde, metade dos participantes possuía alguma doença crônica. (46%) faziam uso de alguma medicação. A maior parte dos participantes não praticava

atividade física (70%) e não tinha momentos de lazer na rotina (76%). (36%) dos respondentes caracterizaram seus sonos como ruins. Além disso, (40%) dormiam, em média, entre 4 e 6 horas por noite, 32% entre 1 e 3 horas, 26% entre 7 e 8 horas e apenas 2% dormiam mais de 8 horas. No que se refere à função de cuidador informal, a maior parte desempenhava essa atividade há mais de 3 meses (88%). Mais da metade dos participantes dividiram, em algum momento, a função de cuidador com outra pessoa (54%) e 40% afirmaram que já prestaram cuidados a outras pessoas (Tabela 02).

**Tabela 03** - Aspectos relativos à saúde e à função de cuidador informal dos participantes (n = 50)

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Possui doença crônica</b>		
Sim	25	50
Não	25	50
<b>Uso de medicação</b>		
Sim	23	46
Não	27	54
<b>Atividade física</b>		
Praticantes	15	30
Não praticantes	35	70
<b>Atividades de lazer</b>		
Praticantes	12	24
Não praticantes	38	76
<b>Qualidade do sono</b>		
Ótimo	4	8
Bom	22	44
Regular	6	12
Ruim	18	36
<b>Médias de horas dormidas por noite</b>		
Entre 1h e 3h	16	32

Entre 4h e 6h	20	40
Entre 7h e 8h	13	26
Mais de 8h	1	2
<b>Tempo na função de cuidador</b>		
Há menos de 1 mês	3	6
Entre 2 e 3 meses	3	6
Mais de 3 meses	44	88
<b>Já dividiu a função de cuidador com outra pessoa</b>		
Sim	27	54
Não	23	46
<b>Já cuidou de outras pessoas</b>		
Sim	20	40
Não	30	60

Em relação aos níveis de ansiedade dos indivíduos frente às características sociodemográficas (Tabela 03) podemos observar que estudo mostrou em sua maioria a prevalência associada a ansiedade do sexo feminino sendo (42,2%) normal seguido de extremamente severo com (42,2%), leve e moderado com (6,7) e severo com (2,2). No que se refere aos cuidadores que possuem companheiro possui uma maior porcentagem de ansiedade, apresentando (52,2%) em relação aqueles que não possuem companheiro (29,6%). Outro fator importante foi a co-habitação com o idoso recebedor do cuidado, onde demonstrou uma incidência alta (57,7%).

**Tabela 04 - Níveis de Ansiedade Segundo as Características Sociodemográficas**

	<b>Ansiedade</b>				
	Normal	Leve	Moderado	Severo	Extremamente severo
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Sexo</b>					
Mulheres	19 (42,2)	3 (6,7)	3 (6,7)	1 (2,2)	19 (42,2)

Homens	2 (40,0)	0 (0,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	1 (20,0)
<b>Estado Civil</b>					
Com companheiro	8 (34,8)	0 (0,0)	3 (13,0)	0 (0,0)	12 (52,2)
Sem companheiro	13 (48,1)	3 (11,1)	1 (3,7)	2 (7,4)	8 (29,6)
<b>Cor/raça</b>					
Pardos	15 (41,7)	3 (8,3)	3 (8,3)	1 (2,8)	14 (38,9)
Pretos	5 (62,5)	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	2 (25,0)
Amarelos	1 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (66,7)
Branços	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (33,3)	2 (66,7)
<b>Religião</b>					
Católicos	12 (38,7)	3 (9,7)	2 (6,5)	2 (6,5)	12 (38,7)
Evangélicos	9 (60,0)	0 (0,0)	1 (6,7)	0 (0,0)	5 (33,3)
Umbandistas	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)
Sem religião	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (100)
<b>Escolaridade</b>					
Analfabeto	1 (16,7)	0 (0,0)	1 (16,7)	0 (0,0)	4 (66,7)
Lê e escreve	2 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (50,0)
EF incompleto	5 (55,6)	1 (11,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (33,3)
EF completo	2 (50,0)	0 (0,0)	1 (25,0)	1 (25,0)	0 (0,0)
EM incompleto	3 (27,3)	1 (9,1)	2 (18,2)	0 (0,0)	5 (45,5)
EM completo	7 (58,3)	1 (8,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (33,3)
Ensino superior	1 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (25,0)	2 (50,0)
<b>Possui filhos</b>					
Sim	13 (38,2)	0 (0,0)	4 (11,8)	1 (2,9)	16 (47,1)

Não	8 (50,0)	3 (18,8)	0 (0,0)	1 (6,3)	4 (25,0)
<b>Atividade remunerada</b>					
Sim	4 (80,0)	0 (0,0)	1(20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Não	17 (37,8)	3 (6,7)	3 (6,7)	2 (4,4)	20 (44,4)
<b>Situação de moradia</b>					
Casa do idoso cuidado	6 (23,1)	3 (11,5)	1 (3,8)	1 (3,8)	15 (57,7)
Casa própria	11 (57,9)	0 (0,0)	3 (15,8)	1 (5,3)	4 (21,1)
Casa de parentes	4 (80,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (20,0)

**Nota:** EF = Ensino Fundamental; EM = Ensino Médio

Em relação aos níveis de ansiedade dos indivíduos frente às características sociodemográficas (Tabela 04) podemos observar que estudo mostrou em sua maioria a prevalência associada a ansiedade do sexo feminino sendo (42,2%) normal seguido de extremamente severo com (42,2%), leve e moderado com (6,7) e severo com (2,2). No que se refere aos cuidadores que possuem companheiro possui uma maior porcentagem de ansiedade, apresentando (52,2%) em relação aqueles que não possuem companheiro (29,6%). Outro fator importante foi a co-habitação com o idoso recebedor do cuidado, onde demonstrou uma incidência alta (57,7%).

**Tabela 05 - Níveis de Depressão Segundo as Características Sociodemográficas**

	<b>Depressão</b>				
	Normal	Leve	Moderado	Severo	Extremamente severo
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Sexo</b>					
Mulheres	22 (48,9)	2 (4,4)	4 (8,9)	2 (4,4)	15 (33,3)
Homens	4 (80,0)	0 (0,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
<b>Estado civil</b>					
Com companheiro	10 (43,5)	1 (4,3)	3 (13,0)	1 (4,3)	8 (34,8)

Sem companheiro	16 (59,3)	1 (3,7)	2 (7,4)	1 (3,7)	7 (25,9)
<b>Cor/raça</b>					
Pardos	21 (58,3)	0 (0,0)	3 (8,3)	1 (2,8)	11 (30,6)
Pretos	4 (50,0)	2 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (25,0)
Amarelos	1 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (66,7)
Branços	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (66,7)	1 (33,3)	0 (0,0)
<b>Religião</b>					
Católicos	15 (48,4)	2 (6,5)	4 (12,9)	2 (6,5)	8 (25,8)
Evangélicos	10 (66,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (33,3)
Umbandistas	1 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Sem religião	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (33,3)	0 (0,0)	2 (66,7)
<b>Escolaridade</b>					
Analfabeto	2 (33,3)	0 (0,0)	1 (16,7)	1 (16,7)	2 (33,3)
Lê e escreve	1 (25,0)	1 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (50,0)
EF incompleto	5 (55,6)	1 (11,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (33,3)
EF completo	3 (75,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (25,0)	0 (0,0)
EM incompleto	5 (45,5)	0 (0,0)	1 (9,1)	0 (0,0)	5 (45,5)
EM completo	8 (66,7)	0 (0,0)	1 (8,3)	0 (0,0)	3 (25,0)
Ensino superior	2 (50,0)	0 (0,0)	2 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
<b>Possui filhos</b>					
Sim	14 (41,2)	2 (5,9)	4 (11,8)	2 (5,9)	12 (35,3)
Não	12 (75,0)	0 (0,0)	1 (6,3)	0 (0,0)	3 (18,8)
<b>Atividade remunerada</b>					
Sim	4 (80,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Não	22 (48,9)	1 (2,2)	5 (11,1)	2 (4,4)	15 (33,3)

**Situação de moradia**

Casa do idoso cuidado	10 (38,5)	0 (0,0)	4 (15,4)	1 (3,8)	11 (42,3)
Casa própria	12 (63,2)	2 (10,5)	1 (5,3)	1 (5,3)	3 (15,8)
Casa de parentes	4 (80,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (20,0)

**Nota:** EF = Ensino Fundamental; EM = Ensino Médio

Em relação aos níveis de depressão dos indivíduos frente às características sociodemográficas (Tabela 05) podemos observar que o estudo mostrou em sua maioria a prevalências de níveis normal e até mesmo leve, comparado aos níveis de ansiedade. Porém ao quantificar os cuidadores sem religião temos uma incidência de (66,7%) classificação extremamente severo. Já aqueles que possuem alguma crença religiosa apresenta parâmetros normais a exemplo: Católico (48,4%), Evangélicos (66,7%) e Umbandistas (100%).

**Tabela 06 - Níveis de Estresse Segundo as Características Sociodemográficas**

	<b>Estresse</b>				
	Normal	Leve	Moderado	Severo	Extremamente severo
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Sexo</b>					
Mulheres	22 (48,9)	3 (6,7)	4 (8,9)	7 (15,6)	9 (20,0)
Homens	3 (60,0)	2 (40,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
<b>Estado Civil</b>					
Com companheiro	10 (43,5)	2 (8,7)	3 (13,0)	3 (13,0)	5 (21,7)
Sem companheiro	15 (55,6)	3 (11,1)	1 (3,7)	4 (14,8)	4 (14,8)
<b>Cor/raça</b>					
Pardos	19 (52,8)	3 (8,3)	3 (8,3)	6 (16,7)	5 (13,9)
Pretos	5 (62,5)	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (25,0)
Amarelos	1 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (66,7)

Branços	0 (0,0)	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	0 (0,0)
<b>Religião</b>					
Católicos	14 (45,2)	4 (12,9)	3 (9,7)	5 (16,1)	5 (16,1)
Evangélicos	10 (66,7)	0 (0,0)	1 (6,7)	1 (6,7)	3 (20,0)
Umbandistas	1 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Sem religião	0 (0,0)	1 (33,3)	0 (0,0)	1 (33,3)	1 (33,3)
<b>Escolaridade</b>					
Analfabeto	2 (33,3)	0 (0,0)	1 (16,7)	1 (16,7)	2 (33,3)
Lê e escreve	2 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (25,0)	1 (25,0)
EF incompleto	5 (55,6)	1 (11,1)	0 (0,0)	1 (11,1)	2 (22,2)
EF completo	3 (75,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (25,0)	0 (0,0)
EM incompleto	5 (45,5)	1 (9,1)	0 (0,0)	3 (27,3)	2 (18,2)
EM completo	7 (58,3)	0 (0,0)	3 (25,0)	0 (0,0)	2 (16,7)
Ensino superior	1 (25,0)	3 (75,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
<b>Possui filhos</b>					
Sim	15 (44,1)	3 (8,8)	3 (8,8)	6 (17,6)	7 (20,6)
Não	10 (62,5)	2 (12,5)	1 (6,3)	1 (6,3)	2 (12,5)
<b>Atividade remunerada</b>					
Sim	5 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Não	20 (44,4)	5 (11,1)	4 (8,9)	7 (15,6)	9 (20,0)
<b>Situação de moradia</b>					
Casa do idoso cuidado	9 (34,6)	4 (15,4)	2 (7,7)	4 (15,4)	7 (26,9)
Casa própria	12 (63,2)	1 (5,3)	2 (10,5)	2 (10,5)	2 (10,5)
Casa de parentes	4 (80,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (20,0)	0 (0,0)

---

**Nota:** EF = Ensino Fundamental; EM = Ensino Médio

Avaliando os níveis de estresse dos indivíduos frente às características sociodemográficas (Tabela 06) podemos observar que o estudo mostrou em sua maioria a prevalências de níveis normais de estresse, comparado aos níveis de ansiedade. Quantificando alguns indicadores podemos avaliar que o índice de estresse ele é minimizado em algumas situações, sendo elas: Ser homem (60%) acaba não sendo um fator estressante, historicamente quem tem assumido esse papel do cuidado é a mulher, conseqüentemente o homem por está mais distante do processo de cuidado ele acaba tendo menos fatores estressores. Outro ponto é não ter filhos, aqueles cuidadores que não tem filhos acabam não tendo fatores impactantes para o desenvolvimento de fatores estressores (62,5%), aquele que exerce uma atividade remunerada se destaca (100%) por não haver esse fator. Fazendo um processo comparativo do risco de depressão com quem reside com o idoso cuidado (34,6%), casa própria(63,7%) e casa de parente(80%), sendo assim podemos aferir que aquele não coabitante do idoso cuidado ele possui menores riscos de desenvolvimento da depressão.

Em relação aos aspectos de saúde, metade dos participantes possuía alguma doença crônica. (46%) faziam uso de alguma medicação. A maior parte dos participantes não praticava atividade física (70%) e não tinha momentos de lazer na rotina (76%). (36%) dos respondentes caracterizaram seus sonhos como ruins. Além disso, (40%) dormiam, em média, entre 4 e 6 horas por noite, 32% entre 1 e 3 horas, 26% entre 7 e 8 horas e apenas 2% dormiam mais de 8 horas. No que se refere à função de cuidador informal, a maior parte desempenhava essa atividade há mais de 3 meses (88%). Mais da metade dos participantes dividiram, em algum momento, a função de cuidador com outra pessoa (54%) e 40% afirmaram que já prestaram cuidados a outras pessoas (Tabela 07).

**Tabela 07** - Aspectos relativos à saúde e à função de cuidador informal dos participantes (n = 50)

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Possui doença crônica</b>		
Sim	25	50
Não	25	50
<b>Uso de medicação</b>		
Sim	23	46

Não	27	54
<b>Atividade física</b>		
Praticantes	15	30
Não praticantes	35	70
<b>Atividades de lazer</b>		
Praticantes	12	24
Não praticantes	38	76
<b>Qualidade do sono</b>		
Ótimo	4	8
Bom	22	44
Regular	6	12
Ruim	18	36
<b>Médias de horas dormidas por noite</b>		
Entre 1h e 3h	16	32
Entre 4h e 6h	20	40
Entre 7h e 8h	13	26
Mais de 8h	1	2
<b>Tempo na função de cuidador</b>		
Há menos de 1 mês	3	6
Entre 2 e 3 meses	3	6
Mais de 3 meses	44	88
<b>Já dividiu a função de cuidador com outra pessoa</b>		
Sim	27	54
Não	23	46
<b>Já cuidou de outras pessoas</b>		
Sim	20	40
Não	30	60

---

Os resultados descritivos da qualidade de vida revelaram que os participantes

apresentaram melhores indicadores no domínio psicológico (58,58%) e menor média no domínio físico (52,64%). A sobrecarga dos cuidadores obteve média de 24,62 (DP = 8,18). Em relação ao *coping*, os respondentes apresentaram maiores médias de estratégias adaptativas (M = 1,95; DP = 0,97) em comparação às estratégias desadaptativas (M = 1,14; DP = 0,74). A espiritualidade teve média de 46,12 (DP = 12,20).

No que se refere ao suporte social, os resultados constataram que os participantes apresentaram maiores médias de dar suporte emocional (M = 3,98; DP = 1,21) do que o receber (M = 3,70; DP = 1,24). De forma análoga, os cuidadores tiveram maiores médias em dar suporte instrumental (M = 4,15; DP = 0,66) do que o receber (M = 3,77; DP = 1,16). Em relação aos indicadores de saúde mental, a ansiedade, a depressão e o estresse foram extremamente severos para 40%, 30% e 18% dos participantes, respectivamente (Tabela 08).

**Tabela 08** - Análises descritivas dos indicadores de qualidade de vida, ansiedade, depressão, estresse, sobrecarga, coping, espiritualidade e suporte social.

<b>Construto Avaliado</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
<b>Qualidade de vida</b>		
Físico	52,64	15,47
Psicológico	58,58	20,51
Relações sociais	54,00	25,09
Meio ambiente	54,69	17,43
<b>Sobrecarga do cuidador</b>	24,62	8,18
<b>Coping</b>		
Estratégias adaptativas	1,95	0,97
Estratégias desadaptativas	1,14	0,74
<b>Espiritualidade</b>	46,12	12,20
<b>Suporte social</b>		
Receber suporte emocional	3,70	1,24
Dar suporte emocional	3,98	1,21
Receber suporte instrumental	3,77	1,16
Dar suporte instrumental	4,15	0,66
	n	%

**Ansiedade**


---

Normal	21	42
Leve	3	6
Moderado	4	8
Severo	2	4
Extremamente severo	20	40

**Depressão**

Normal	26	52
Leve	2	4
Moderado	5	10
Severo	2	4
Extremamente severo	15	30

**Estresse**

Normal	25	50
Leve	5	10
Moderado	4	8
Severo	7	14
Extremamente severo	9	18

---

**4.2 Correlação variáveis sociodemográficas e psicossociais**

Realizou-se testes de correlação de Spearman para analisar a relação entre os domínios da qualidade de vida e as variáveis idade, ansiedade, depressão, estresse, sobrecarga, espiritualidade, coping e suporte social. Optou-se por esse teste porque os dados não apresentavam distribuição normal, com exceção da qualidade de vida e da idade.

Os resultados constataram que a idade se correlacionou fraca e negativamente com os domínios físico ( $\rho = -0,30$ ,  $p < 0,05$ ) e ambiental ( $\rho = -0,34$ ,  $p < 0,05$ ), assim, quanto maiores eram as idades dos participantes, menores eram os indicadores de qualidade de vida. A ansiedade, a depressão e o estresse relacionaram-se forte e negativamente com os domínios físico, psicológico e ambiental. Dessa forma, piores indicadores de saúde mental associaram-se a baixos escores de qualidade de vida.

Os níveis de sobrecarga dos cuidadores correlacionaram-se negativamente com todos os domínios da qualidade de vida (físico:  $\rho = -0,73$ ,  $p < 0,001$ ; psicológico:  $\rho = -0,63$ ,  $p < 0,001$ ; social:  $\rho = -0,35$ ,  $p < 0,05$ ; ambiental:  $\rho = -0,64$ ,  $p < 0,001$ ), indicando que quanto maior a sobrecarga, menores os indicadores de qualidade de vida. Em relação à espiritualidade, esta associou-se fraca e positivamente com o domínio psicológico ( $\rho = 0,34$ ,  $p < 0,05$ ) e ambiental ( $\rho = 0,28$ ,  $p < 0,05$ ), demonstrando que maiores níveis de espiritualidade estavam relacionados a maiores escores em tais domínios.

O coping adaptativo correlacionou-se positivamente com os domínios psicológico ( $\rho = 0,46$ ,  $p < 0,001$ ) e ambiental ( $\rho = 0,48$ ,  $p < 0,001$ ), evidenciando que estratégias adaptativas frente a adversidades estavam ligadas a melhores escores nesses domínios. Ademais, receber e dar suportes emocionais e instrumentais estiveram associados aos domínios psicológico, social e ambiental (Tabela 09).

**Tabela 09** - Correlação entre qualidade de vida, idade, ansiedade, depressão, estresse, sobrecarga, espiritualidade, coping e suporte social.

Variáveis	Domínios			
	Físico	Psicológico	Social	Ambiental
Idade	-0,30*	-0,18	-0,21	-0,34*
Ansiedade	-0,50***	-0,63***	-0,22	-0,47***
Depressão	-0,55***	-0,62***	-0,26	-0,52***
Estresse	-0,49***	-0,56***	-0,22	-0,44**
Sobrecarga	-0,73***	-0,63***	-0,35*	-0,64***
Espiritualidade	-0,05	0,34*	0,14	0,28*
Coping adaptativo	0,18	0,46***	0,27	0,48***
Coping desadaptativo	-0,21	-0,16	-0,13	-0,04
Receber suporte emocional	0,26	0,59***	0,68***	0,62***
Dar suporte emocional	0,24	0,68***	0,51***	0,67***
Receber suporte instrumental	0,25	0,60***	0,53***	0,66***
Dar suporte instrumental	0,15	0,56***	0,32*	0,62***

Nota: \*  $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ ; \*\*\* $p \leq 0,001$

### 4.3 Diferenças entre variáveis sociodemográfica e psicossociais

Os testes de diferença de média demonstraram que pessoas sem companheiro(a) apresentaram médias estatisticamente mais altas no domínio psicológico ( $M = 64,51$ ;  $DP = 17,84$ ) do que pessoas com companheiro(a) ( $M = 51,63$ ,  $DP = 21,60$ ). Os resultados também mostraram que os participantes que não tinham doenças crônicas ( $M = 58,14$ ;  $DP = 11,03$ ), que não faziam uso de medicação ( $M = 57,14$ ;  $DP = 12,92$ ) e que praticavam alguma atividade física ( $M = 60,00$ ;  $DP = 15,34$ ) tiveram maiores médias no domínio físico da qualidade de vida. Os tamanhos de efeito ( $d$  de Cohen) dessas diferenças foram médios.

Em relação à prática de atividades de lazer, os resultados constataram que os cuidadores que tinham momentos de lazer na rotina apresentaram médias superiores em todos os domínios da qualidade de vida (físico:  $M = 64,29$ ;  $DP = 14,12$ ; psicológico:  $M = 71,88$ ;  $DP = 19,15$ ; social:  $M = 66,67$ ;  $DP = 26,11$ ; ambiental:  $M = 67,97$ ;  $DP = 13,79$ ). Todos os tamanhos de efeito foram altos, com exceção do domínio social, que apresentou uma magnitude média.

No que se refere à qualidade do sono, os participantes que perceberam seus sonos como satisfatórios tiveram maiores médias no domínio físico ( $M = 59,15$ ;  $DP = 13,36$ ) e ambiental ( $M = 59,47$ ;  $DP = 18,28$ ), com estimativas de tamanho de efeito altas. Ademais, os participantes que já dividiram a função de cuidador com alguém apresentaram médias mais altas no domínio ambiental ( $M = 60,30$ ;  $DP = 16,78$ ) do que aqueles que nunca dividiram tal função. O tamanho de efeito da diferença foi médio (Tabela 10).

**Tabela 10** - Teste de comparação de médias dos domínios da qualidade de vida entre grupos

Variáveis de Grupo	Domínios							
	Físico		Psicológico		Social		Ambiental	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Com companheiro	51,71	14,95	51,63	21,60	52,17	28,67	51,90	20,11
Sem companheiro	53,44	16,14	64,51	17,84	55,56	22,05	57,06	14,75
<b>Estatísticas <math>t</math></b>	-0,39, $p = 0,69$		-2,31, $p = 0,03$		-0,47, $p = 0,64$		-1,04, $p = 0,30$	
<b><math>d</math> de Conhen</b>	0,11		0,67***		0,14		0,30*	
Tem filhos	49,79	16,45	54,78	20,75	53,43	26,76	52,39	18,77
Não tem filhos	58,71	11,37	66,67	18,00	55,21	21,92	59,57	13,43
<b>Estatísticas <math>t</math></b>	1,96, $p = 0,06$		1,97, $p = 0,06$		0,23, $p = 0,82$		1,37, $p = 0,18$	
<b><math>d</math> de Conhen</b>	0,60***		0,61***		0,07		0,42**	

Com doença crônica	47,14	17,44	54,33	18,54	49,67	24,47	51,25	13,41
Sem doença crônica	58,14	11,03	62,83	21,85	58,33	25,46	58,13	20,39
<b>Estatísticas <i>t</i></b>	2,66, <i>p</i> = 0,01		1,48, <i>p</i> = 0,15		1,23, <i>p</i> = 0,23		1,41, <i>p</i> = 0,17	
<b><i>d</i> de Conhen</b>	0,77***		0,43***		0,35*		0,41	
Usa medicação	47,36	16,79	54,53	17,72	48,91	24,53	51,63	12,64
Não usa medicação	57,14	12,92	62,04	22,36	58,33	25,21	57,29	20,55
<b>Estatísticas <i>t</i></b>	2,33, <i>p</i> = 0,02		1,30, <i>p</i> = 0,20		1,33, <i>p</i> = 0,19		1,19, <i>p</i> = 0,24	
<b><i>d</i> de Conhen</b>	0,67***		0,38*		0,39*		0,33*	
Faz ativ. física	60,00	15,34	62,50	22,55	64,44	29,12	61,04	20,00
Não faz ativ. física	49,49	14,63	56,90	19,67	49,52	22,14	51,96	15,74
<b>Estatísticas <i>t</i></b>	-2,30, <i>p</i> = 0,03		-0,88, <i>p</i> = 0,38		-1,98, <i>p</i> = 0,053		-1,72, <i>p</i> = 0,09	
<b><i>d</i> de Conhen</b>	0,72		0,28		0,62***		0,54**	
Pratica lazer	64,29	14,12	71,88	19,15	66,67	26,11	67,97	13,79
Não pratica lazer	48,97	14,14	54,39	19,00	50,00	23,73	50,49	16,45
<b>Estatísticas <i>t</i></b>	-3,27, <i>p</i> = 0,01		-2,74, <i>p</i> = 0,009		-2,07, <i>p</i> = 0,04		-3,32, <i>p</i> = 0,01	
<b><i>d</i> de Conhen</b>	1,11		0,94		0,70		1,12	
Sono ruim	41,07	11,96	52,78	16,42	54,17	18,36	46,18	12,11
Sono satisfatório	59,15	13,36	61,85	22,05	53,91	28,48	59,47	18,28
<b>Estatísticas <i>t</i></b>	4,76, <i>p</i> = 0,001		1,52, <i>p</i> = 0,14		-0,04, <i>p</i> = 0,97		2,76, <i>p</i> = 0,008	
<b><i>d</i> de Conhen</b>	1,43		0,46**		0,01		0,83	
Já dividiu função	55,16	18,51	62,65	18,29	57,41	25,98	60,30	16,78
Não dividiu função	49,69	10,55	53,80	22,29	50,00	23,97	48,10	16,12
<b>Estatísticas <i>t</i></b>	-1,31, <i>p</i> = 0,20		-1,54, <i>p</i> = 0,13		-1,04, <i>p</i> = 0,30		-2,61, <i>p</i> = 0,01	
<b><i>d</i> de Conhen</b>	0,36		0,45		0,30*		0,76	
Já cuidou de outros	50,36	13,51	60,42	19,89	57,08	25,40	57,19	16,97
Nunca cuidou de outros	54,17	16,70	57,36	21,15	51,94	25,11	53,02	17,82
<b>Estatísticas <i>t</i></b>	0,85, <i>p</i> = 0,40		-0,51, <i>p</i> = 0,61		-0,71, <i>p</i> = 0,48		-0,83, <i>p</i> = 0,41	
<b><i>d</i> de Conhen</b>	0,26*		0,15		0,21		0,24	

---

Nota: \*  $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ ; \*\*\* $p \leq 0,001$

## 5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta pesquisa notou-se que o perfil sociodemográfico e psicossocial desses cuidadores aqui estabelecido não destoa do cenário nacional e internacional, onde em sua grande maioria é composta por mulheres, neste estudo tivemos um percentil de 90% dos participantes sendo do sexo feminino, o que segundo os estudos internacionais podem ser identificados como fatores que predispõem à sobrecarga, tais como: ser cuidador do sexo feminino, possuir idade avançada, ser viúvo, prestar apoio emocional, despender muitas horas de cuidados, e possuir pouco conhecimento sobre as atividades de cuidado (Aires et al., 2020).

Geralmente, a dedicação à função de cuidador está relacionada a um vínculo parental. Silva (2020), traz em seu estudo que por vezes, esses cuidados são desenvolvidos por mulheres, devido à construção social histórica de seu papel como alicerce afetivo (Diogo, Ceolim & Cintra, 2005; Meira et al.; 2017) e como responsável pelo cuidado, pelas tarefas do lar (Rocha, Vieira & Sena, 2008; Matsuzaka et al., 2017). Nessa linha de pensamento, os cuidadores interpretam o cuidado como uma missão, fortalecida pelos sentimentos que possuem por seus familiares (Ribeiro et al., 2017; Garbaccio & Tonaco, 2019).

Em seu estudo Costa (2017) traz resultados, que o papel de cuidador é exercido prioritariamente pela mulher, sendo esta esposa ou filha, já que quando uma pessoa se encontra em situação de dependência e está casada, os cuidados irão, inevitavelmente, ser prestados pelo cônjuge ou alguém que coabita com este.

Outro fator que se assemelha com o perfil nacional e internacional é a questão do cuidador co-habitar com a pessoa cuidada. A co-residência constitui um fator de extrema importância na escolha do cuidador informal, devido à proximidade física e afetiva que existe com o idoso. No entanto, a coabitação também é evidente quando se trata dos cônjuges que asseguram a prestação de cuidados e de descendentes.

Corroborando com esse achado podemos ver na literatura que a família tem vindo a assumir o domínio da prestação de cuidados informais a esses idosos, particularmente daqueles que se encontram em situação de dependência uma vez que a pessoa dependente procura ajuda, em primeiro lugar no seio da família (Araújo & Martins, 2016). Esta desempenha, desde os tempos passados, um papel fundamental, sendo considerada um sistema social, no qual o indivíduo é cuidado e se desenvolve quer a nível físico, pessoal e/ou emocional (Melo, Rua & Santos, 2014; Mingote, 2020).

### **5.1 Diferenças entre variáveis e qualidade de vida e os fatores psicossociais**

No estudo de Almeida (2021), trazem dados da pesquisa realizada com 4.175 idosos frágeis e seus cuidadores informais, juntamente com Mello et al. (2017) evidenciaram que a maior parte destes eram filhos e cônjuges dos idosos. Em relação a viver ou não com o idoso, 70,2% dos idosos estes estudos citados viviam no mesmo domicílio, nesta pesquisa notou-se que 52% destes cuidadores moravam com o idoso cuidado.

Podemos assim correlacionar as variáveis sociodemográficas e psicossociais, atendendo a isso Ximenes, Queluz e Barham (2022) traz em consenso o seu estudo com os dados aqui apresentados, além de membros da família do idoso, Lins (2018) afirmou que a escolha de quem cuida, é uma escolha pautada em fatores geracionais (atualmente, esposas tendem a cuidar dos maridos), de gênero (as mulheres são as cuidadoras em primeira linha) e de parentesco (o cuidado aos pais tende a ser uma obrigação das filhas mais velhas e depois das noras, dos filhos e de outros familiares). Logo, o exercício do cuidado a idosos é realizado maioritariamente por familiares, mulheres, filhas, esposas ou noras do idoso dependente (Farina et al., 2017; Ferreira, Isaac, & Ximenes, 2018).

Sob o mesmo ponto de vista foi possível identificar nesta pesquisa que a idade ela variou de 23 a 81 anos, porém se obteve uma média relacionada a idade de 52 anos e 50% dos participantes eram solteiros, o que reafirma o perfil encontrado na literatura.

Como nossa amostra variou em idade entre 23 a 81 anos, trazemos um destaque para a temática de idosos, cuidando de idosos. Flesch et al. (2019) discutiram o conceito de dupla vulnerabilidade do idoso que cuida de um idoso, ou seja, o fato dele ser um idoso e de cuidar de um idoso. Ao mesmo tempo, em que precisa lidar com as necessidades do cuidado, precisa lidar com as demandas da própria saúde, ou seja, o fato dele ser um idoso e cuidar de uma pessoa que é idosa, que demanda outros tipos de cuidados (Garcia, 2023).

Notou-se que quanto maiores eram as idades dos participantes, menores eram os indicadores de qualidade de vida. Sendo justificado pelos dados obtidos na literatura onde pode-se afirmar com os estudos que corroborem esse dado. Atualmente, se observa na literatura um contexto domiciliar com alta prevalência de idosos que cuidam de outros idosos mais dependentes (Oliveira et al., 2017).

Muitas vezes, esse cuidado é assumido de maneira repentina por ser o idoso a única opção de cuidador dentre os membros familiares disponíveis. Além disso, não recebe o apoio de outras pessoas para a tarefa de cuidar, além de não apresentar preparo psicológico tampouco

técnico para desempenhar seu novo papel, o que pode culminar em uma situação de extrema ansiedade (Nunes et al., 2019).

Um estudo americano, que avaliou por oito anos os efeitos do estresse em 375 idosas cuidadoras e 694 não cuidadoras, encontrou maior nível de estresse e risco de mortalidade em idosas que eram cuidadoras e concluiu que os efeitos do estresse aumentam as chances de declínio da saúde em idosas cuidadoras (Fredman et al., 2010).

Para as variáveis psicossociais, a ansiedade, a depressão e o estresse acabam se relacionando forte e negativamente com os domínios físicos, psicológicos e ambientais. Dessa forma, os piores indicadores de saúde mental acabam se associando a baixos escores de qualidade de vida. Em consonância a isso, Santos e Gutierrez (2013) apontam que a exaustiva tarefa de cuidar é geralmente repetitiva, contínua e, muitas vezes, uma atividade solitária e sem descanso, que pode acometer a vida psíquica do cuidador, com consequências físicas levando-o a isolamento afetivo e social.

O impacto na qualidade de vida dos cuidadores se destaca principalmente na má qualidade do sono, dificuldade de apoio, suporte social, financeiro, físico e na divisão de tarefas, falta de lazer e atividade física, problemas de saúde pré-existentes nos cuidadores, dessa forma se faz necessário utilizar intervenções para melhorar a vivência e a qualidade de vida dos mesmos (Albuquerque et al., 2019).

Isso corrobora com os dados obtidos nesta pesquisa, onde temos um perfil de participantes que dormem em sua maioria até seis horas diárias, existe uma falta de lazer e incentivo financeiro e problemas de saúde pré-existentes, onde 50% do público trabalhado possui algum tipo de doença crônica diagnosticado, porém sem adesão total às medicações, não possui atividades de lazer ou praticam atividade física.

Em complemento, o estudo de Damásio et al. (2020), também aponta as questões relacionadas a mudanças na rotina e no estilo de vida, bem como as mudanças financeiras e extrema dependência do idoso como fatores que interferem diretamente na qualidade de vida dos cuidadores, também estando relacionado a fatores emocionais e físicos, o que compromete diretamente a assistência prestada ao idoso. Por isso, é evidente que a saúde do cuidador é afetada pela influência do vínculo com o paciente, convivência e limitações (Silva et al., 2022).

Os níveis de sobrecarga dos cuidadores correlacionaram-se negativamente com todos os domínios da qualidade de vida, indicando que quanto maior a sobrecarga, menores os indicadores de qualidade de vida.

Melo et al. (2022) traz em seu estudo que a Qualidade de Vida (QV) é entendida

como sinal de saúde da sociedade e sua avaliação é usada para desenvolver ações com o intuito de promover saúde. A QV pode ser definida como “entendimento do indivíduo de sua realidade nos cenários culturais e sociais nos quais ele está inserido e as suas perspectivas e incertezas”, envolvendo aspectos da saúde física, psíquica, relações sociais, meio ambiente e religiosidade, inclusive a sobrecarga de atividades (Almeida-Brasil et al., 2017).

O panorama de insegurança e a sobrecarga do cuidador é um indicador de impacto negativo que pode interferir no estado físico, psicológico, social e financeiro, acarretando, em muitos casos, problemas físicos e de ordem emocional, a exemplo de dores musculares, estafa física e mental, ansiedade, insônia e depressão. O cuidador leigo, frequentemente não dispõe de preparo técnico e psicológico para assumir sem auxílio e suporte todas as responsabilidades que lhes são impostas, podendo se deparar com situações inesperadas que requerem orientação (Trindade, 2017).

A maioria dos problemas que envolvem a saúde física do cuidador são o desenvolvimento de patologias, como hipertensão arterial, desordens no trato gastrointestinal e enfermidades respiratórias. Isso provavelmente se deve ao fato de uma falta de autocuidado necessária do indivíduo, onde uma alimentação não saudável pode interferir diretamente nesses distúrbios e também a inatividade física. Ademais, a respeito dos distúrbios psiquiátricos, estudos mostram quanto mais qualidade de vida o cuidador tem, menores são as chances de desenvolver depressão, insônia e ansiedade. No entanto, quanto pior a capacidade funcional do idoso, menos QV o cuidador irá ter (Pinto et al., 2009; Borghi et al., 2011; Rocha, 2022).

Em relação à espiritualidade, esta associou-se fraca e positivamente com o domínio psicológico e ambiental demonstrando que maiores níveis de espiritualidade estavam relacionados a maiores escores em tais domínios. Esses achados também mostraram que a religião/espiritualidade foi um fator contribuinte para melhor gerenciar uma situação de cuidado de longo prazo.

Conceituar espiritualidade é uma tarefa bastante complexa por se tratar de uma vivência subjetiva. Muitos indivíduos têm suas próprias definições destes termos, até mesmo aqueles que compartilham a mesma experiência cultural e social podem ter formas diferentes de compreender e expressar sua espiritualidade (Moreira-Almeida, 2008; Braghetta, 2017).

Panzini et al. (2007) trazia que a vivência de uma situação crônica, o déficit de suporte emocional, financeiro e psicossocial, associados à dificuldade de aceitação e à busca em ressignificar ou dar sentido à situação vivenciada, contribuem para que as pessoas busquem respostas ou apoio em aspectos transcendentais, incluindo os religiosos e/ou espirituais.

Isso está de acordo com estudos onde constatou-se que a prática religiosa ou mesmo a espiritualidade são capazes de dar sentido à vida do cuidador, agregando resiliência e melhorando seu modo de enfrentamento diante da sobrecarga causada pelo processo de cuidar (Pessotti et al., 2018; Tavares et al., 2022).

A fé é componente essencial no enfrentamento de enfermidade, realmente, a religiosidade e a espiritualidade tem se tornado estratégias de refrigério para esses cuidadores informais, por fornecerem tranquilidade e paz, amenizando o estresse (Farinha, 2021).

Embora a espiritualidade e/ou a religiosidade tenham sido dissociadas da ciência por muito tempo, incluindo a área da saúde, ultimamente percebe-se um número crescente de pesquisadores debruçados sobre essa temática, assim como de sua influência sobre os processos de saúde/doença, tanto relacionados à prevenção como ao tratamento (Cunha et al., 2021).

Com isso o coping religioso/espiritual positivo identifica a religião e a espiritualidade como sendo uma fonte de apoio, oriunda de um relacionamento seguro com um Deus benevolente e na crença em que dá sentido à sua vida. Em contrapartida, o negativo está diretamente relacionado à um conjunto de estratégias que atribui às situações vivenciadas a um Deus punitivo, relação essa permeada por sentimentos de abandono que resulta em uma visão pessimista do mundo (Pargament, Feuille & Burdzy, 2011).

Nesse processo de correlação, notou-se também que o coping adaptativo correlacionou-se positivamente com os domínios psicológico e ambiental, evidenciando que estratégias adaptativas frente a adversidades estavam ligadas a melhores escores nesses domínios. Ademais, receber e dar suportes emocionais e instrumentais estiveram associados aos domínios psicológico, social e ambiental.

Por fim, as estratégias de coping podem ser vistas como passivas ou ativas, e podem ajudar a desenvolver intervenções adequadas para restabelecer a saúde social (Nicholson, 2021).

Outrossim um estudo desenvolvido acerca do *Coping* traz a seguinte afirmativa:

Dois fatores determinam a escolha de uma estratégia de Coping: os recursos pessoais internos e os recursos pessoais externos. Nos recursos pessoais internos, são reveladas as aptidões pessoais, experiências de vida, crenças, valores, competência para resolução de problemas e, neste caso, o conhecimento a respeito do indivíduo que está sendo cuidado. Ainda no primeiro fator podem ser incluídas as diversas características de personalidade que tornam os indivíduos mais ou menos resistentes ao estresse, como autoestima, inteligência emocional, humor, otimismo, autocontrole, dentre outras. Já os recursos pessoais externos podem ser determinados pela situação causadora do estresse, que pode ocorrer por razões financeiras, pelo suporte social insuficiente e dificuldade de acesso a serviços de saúde e sociais (Nolan, Grant & Keady, 1996; Almeida, 2021 apud Almeida, 2021, p. 23).

## 5.2 Diferenças entre variáveis sociodemográfica e qualidade de vida

Os testes de diferença de média demonstraram que pessoas sem companheiro(a) apresentaram médias estatisticamente mais altas no domínio psicológico da qualidade de vida do que pessoas com companheiro(a). Bem como os participantes que já dividiram a função de cuidador com alguém apresentaram médias mais altas no domínio ambiental do que aqueles que nunca dividiram tal função.

Garcia (2023) traz em seu estudo que os cuidadores familiares de idosos precisam de descanso mais adequado para atender às suas necessidades e expectativas. Necessitam de suporte para os serviços de cuidado do idoso dependente e poder para administrar, inclusive, financeiramente seus próprios assuntos, destacando que os períodos de descanso tiveram uma grande influência na qualidade de vida dos cuidadores informais.

Porém a rede de suporte para esse cuidador descansar ela precisa está fortalecida, precisa haver um apoio familiar ou de uma rede de terceiros que visem corroborar para isso, conforme ao encontrado.

Para entendermos esse fenômeno precisamos entender o que é a afetividade, ela pode ser entendida como o conjunto de emoções positivas que existem no relacionamento interpessoal, que implica uma rede de cuidados e os laços afetivos geradores de suporte social na família, que auxiliam nas dificuldades do cotidiano (Baptista, Soares, & Grendene, 2018; Silva & Rabelo, 2022).

A família é a primeira instituição que oferece cuidados ao idoso dependente. Um membro familiar assume esse papel em virtude do laço estabelecido entre a pessoa cuidada, da retribuição de cuidado, da imposição social, da ausência de outra pessoa para prestar cuidados, da falta de condições financeiras para contratar cuidador ou por carência de políticas de cuidados que amparem esse cuidador (Almeida et al., 2018; Giacomini et al., 2018; Mocelin et al., 2017; Nunes, 2022).

Além da família, a rede de apoio social pode ser formada tanto por vizinhos, amigos e associações (suporte informal) como organizações, instituições voltadas à implementação de políticas públicas e as que prestam serviços à população (suporte formal) (Lu et al., 2020).

Assim, os vínculos afetivos interferem cada vez mais na vida de cada integrante do sistema familiar e a percepção de baixa afetividade nestes relacionamentos é um indicador de menor funcionalidade e capacidade assistencial, o que seria prejudicial ao processo de independência, autonomia e qualidade de vida das pessoas idosas (Reis & Trad, 2015; Neri et al., 2018; Silva & Rabelo, 2017).

Em relação à prática de atividades de lazer, os resultados constataram que os cuidadores que tinham momentos de lazer na rotina apresentaram médias superiores em todos os domínios da qualidade de vida; psicológico; ambiental. Social.

A ideia de que o lazer é algo mais do que tempo livre advém dos filósofos gregos, principalmente Aristóteles e Platão. A concepção grega de lazer era baseada em um tempo para si, era um estado ou uma condição, sem estar preocupado com nenhuma ocupação. Já com o passar dos anos e com a Revolução Industrial, a diminuição da jornada de trabalho e o aumento do tempo livre o lazer tornou-se significado de um período pré-determinado que fosse o tempo livre do trabalho (Surdi & Tonello, 2007).

A palavra “lazer” aparece 38 vezes no plano de enfrentamento das DCNT 2011-2022 (Brasil, 2011). Os contextos em que ela é mencionada referem-se, em geral, aos conteúdos do texto que versam sobre o fator de risco da inatividade física. O documento apresenta dados nacionais que constata o baixo nível de atividade física das pessoas no tempo disponível para o lazer (Antunes, Neves & Furtado, 2018).

Aqueles que residem com os idosos doentes/dependentes diminuem seu tempo com os familiares, amigos e/ou a possibilidade de relaxar e, conseqüentemente, apresentam maiores chances de apresentar episódios de depressão e sentirem-se sobrecarregados (Garcia, 2023).

A atividade física tem se tornando um comportamento promotor de saúde no dia-a-dia, desde uma leve caminhada a uma atividade física de alto impacto, portanto no desenvolvimento deste estudo notou-se que a atividade física se fazia presente uma pequena parte da população estudada.

A vida moderna, em conjunto com os aspectos relacionados ao desenvolvimento das tecnologias, foram responsáveis por um decréscimo na realização das atividades físicas, o que funciona como aumento para o sedentarismo, em conjunto com outros fatores do estilo de vida impactando no crescimento de doenças crônicas degenerativas, como: diabetes; hipertensão arterial; entre outras, estejam presentes em grande parte da população (Brasil, 2010).

O cuidado prestado à pessoa dependente é uma atividade que consome praticamente todo o dia e, às vezes, a noite. Este fato também implica na necessidade de apresentar um condicionamento físico capaz de garantir a execução de tarefas “pesadas”, como o manejo do idoso, e na capacidade de recuperar-se rapidamente do ônus atribuído a esta função. Por isso a preocupação em ser o cuidador um indivíduo capacitado na função (Baptista et al., 2012; Cerutti et al., 2019).

Os resultados também mostraram que os participantes que não tinham doenças crônicas, que não faziam uso de medicação e que praticavam alguma atividade física tiveram maiores médias no domínio físico da qualidade de vida confirmando o que Varela et al. (2012) afirma, a atividade física pode melhorar ou pelo menos manter a saúde física e psicológica, o bem-estar e o funcionamento cognitivo em idosos.

Corroborando ao descrito, diversos autores trazem que a realização de exercícios físicos têm efeitos positivos na saúde mental e bem-estar físico, podendo minimizar problemas comportamentais. Entre os benefícios, está a possível diminuição de níveis leves e moderados de depressão e ansiedade, além de provável redução das respostas emocionais negativas frente ao estresse e ao abuso de substâncias psicoativas (Corte et al., 2022).

No que se refere à qualidade do sono, os participantes que perceberam seu sono como satisfatórios tiveram maiores médias no domínio físico e ambiental.

Confirmando a informação podemos gerir que o ritmo circadiano envolve um relógio interno de aproximadamente 24 horas, que busca regular o tempo de sono e consolidar o ciclo sono-vigília. Quando há alteração nesse processo circadiano pode haver impactos negativos às pessoas. Diante a essas alterações no sono podem ocasionar significativos prejuízos cognitivos, ou seja, dificuldade de fixar e manter a atenção, perda de memória, diminuição da capacidade de planejamento estratégico, prejuízo motor leve, dificuldade de controlar impulsos e raciocínio obnubilado (Pascotto & Santos, 2013).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o estudo conseguiu atingir todos os seus objetivos pré-estabelecidos tais como realizar a caracterização sociodemográficas e psicossociais dos cuidadores, onde conseguiu-se traçar o perfil desses cuidadores da região de Sobral/CE. Foi possível também investigar a qualidade psicométrica das escalas de avaliação psicológica também na população de Sobral/CE, onde as escalas mostraram-se satisfatórias para sua aplicação.

Desta forma a investigação da relação, diferença e relação de predição entre Qualidade de vida e fatores sócio demográfico, econômico (sexo, idade, escolaridade, renda, cor da pele, atividade laboral, organização familiar, lazer, esporte, religião, etc). Do mesmo modo notou-se que a qualidade de vida dessa população enfrenta impactos pelas características dos fatores demográficos, econômicos e psicossociais, onde aqueles cuidadores tem como fator de prevalência ser do sexo feminino, com uma idade média já avançada, que não tem uma atividade de lazer ou atividade física, que possuem uma organização familiar deficiente, muitas vezes sendo coabitante do idoso cuidado. E psicossociais (Sobrecarga, Ansiedade, Depressão, Estresse, COPING, Suporte Social, Espiritualidade) onde mostravam-se enfrentando a situação de estar como cuidador tendo um suporte espiritual, tendo na religião e crença em Deus o seus fatores de suporte, caracterizando que essa crença lhe faz mais forte no enfrentamento da situação vivenciada. Infelizmente temos uma incidência de estresse, ansiedade e depressão alta, um fator preocupante para esse estudo, onde alguns fatores contribuíram para essa incidência sendo um deles co-habitar com o idoso acamado.

Com isso podemos realçar que os cuidadores informais mais sobrecarregados são aqueles com idade mais avançada e que cuidam com um maior quantitativo de horas por dia, sem auxílio para a prestação do cuidado, desta forma nota-se o quão difícil e complexo são esses fatores.

Notou-se que ansiedade, depressão e estresse tem sido cada vez mais forte nessa população, o que acaba impactando no seu processo de qualidade de vida, esses cuidadores estão cada vez mais sobrecarregados, sendo fortalecidos no dia-a-dia por sua religiosidade, o que acaba sendo uma estratégia de suporte e superação.

Dado esse preocupante, em um país que ocupa um índice deficitário no ranking em saúde mental comparado a outros países, as políticas públicas de saúde mental que sofreram impacto em gestões anteriores do país, obteve-se a descontinuidade de muitas ações em saúde mental.

Outro ponto alcançado foi a realização de um relatório técnico científico destinado a Secretaria Municipal de Saúde de Sobral, para que possa instituir políticas de saúde no município a partir dos resultados obtidos.

O presente estudo oportunizou conhecer um cenário da população sobralense que antes estava invisibilizada, de acordo com a movimentação para coleta de dados a essa população de cuidadores, eles passaram a integrar os fatores estatísticos das unidades básicas de saúde. Antes mesmo da finalização e entrega do relatório a secretaria municipal de saúde, essa já vinha se mostrando extremamente disposta a reverter a situação, passou a realizar movimentações, palestras e atividades em conjunto com a equipe de saúde mental do município.

Sobral tem se tornado cada vez mais referência no atendimento em saúde, suas redes de articulações em saúde mental muito bem desenhadas e descritas tem a cada ano sido fortalecida, a resposta para isso foi o I Seminário de Cuidador Informal promovido pela Secretaria de Saúde do Município em parceria com as Universidades Públicas, objetivando abrir o diálogo desses cuidadores com os formuladores de políticas públicas institucionais do município.

Este estudo oportunizou trazer dados e evidências muito importantes para o processo de cuidado, a pesquisa foi relevante para sua área descrita, com ela faz-se cada vez mais necessários o incentivo tecnológico, social e o fortalecimento das políticas públicas nos âmbitos municipais, estaduais e federais. Visando a minimização dos impactos negativos advindos da baixa qualidade de vida dessa população.

Enquanto fator limitante da pesquisa temos a questão do processo de autorização para início da coleta de dados, além da dificuldade no processo de coleta de dados por parte do pesquisador, onde tentou-se conciliar o estudo e sua rotina exaustiva de trabalho, havendo a necessidade de um tempo maior em campo, com isso a pesquisa tomou um tempo maior do que o antes planejado.

Estima-se que a Qualidade de Vida dos cuidadores de idosos seja diferente, pela condição imposta em relação à população geral. Espera-se que tal pesquisa fomenta discussões e problematizações sobre o contexto da Qualidade de Vida dos cuidadores de idosos, assim como uma melhor compreensão sobre as características dessa população.

Não basta preparar alguém para ser cuidador, seja este formal ou informal, é necessário haver políticas que considerem a sobrecarga, os aspectos biopsicossociais, físico, incentivo fiscal, enfim, tudo isso parte de um aspecto estruturante para um olhar holístico dessa pessoa que por vezes passa despercebido no processo de cuidado.

Vale ressaltar a importância desse cuidador fazer parte das demandas de saúde, política e cuidado, não apenas o idoso acamado, visto que a inobservância desse público pode acabar comprometendo a qualidade de vida dos cuidadores e prejudicando direta ou indiretamente a saúde do idoso acamado.

Desta forma o avanço de pesquisas se faz cada vez mais necessário, gerir discussões acerca do se faz tema necessário e urgente. Além de incluí-los nos processos e criação de políticas, visto a invisibilização desse público pelo sistema, então nada mais justo do que os cuidadores estarem nesse processo de criação, desenvolvimento e implantação de políticas futuras.

Como sugestão de políticas públicas e pesquisas futuras seriam o aprimoramento das unidades básicas de saúde que possuem acesso direto a esse idoso acamado e ao cuidador que por vezes está sobrecarregado, abrir uma porta para diálogos inclusivos a essa população, buscando a minimização desses impactos na vida destes.

A continuidade desta pesquisa em uma amostragem bem maior visando a realização de uma análise de predição posteriormente, podendo assim ser fator de continuidade do cuidado.

Alocar as universidades e estudantes dos mais diversos níveis acadêmicos como um suporte, o aumento e financiamento para mais profissionais do programa federal melhor em casa, incluídos rotineiramente como suporte a estes seriam algumas possibilidades de pesquisas a serem realizadas futuramente.

## REFERÊNCIAS

- Aires, M. et al. (2020). Sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes na comunidade em municípios de pequeno porte. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 41. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190156> .
- Albuquerque, F. K. O. D., Farias, A. P. D. E. C. D., Montenegro, C. D. S., Lima, N. K. F. D., & Gerbasi, H. C. L. M. (2019). Qualidade de vida em cuidadores de idosos: uma revisão integrativa. **Rev. Enferm. Atual In Derme.**, 87(25). Doi: <https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.87-n.25-art.189>.
- Almeida-Brasil, C. C. et al. (2017). Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22, 1705-1716.
- Almeida, L. D. P. B. et al. (2018). Características sociais e demográficas de idosos cuidadores e motivos para cuidar da pessoa idosa em domicílio. **Remem: Revista Mineira de Enfermagem**, 22. Doi: 10.5935/1415-2762.20180004.
- Almeida, V. C. (2021). **Estratégias de Coping utilizadas por cuidadores de idosos frágeis e não frágeis**. Ribeirão Preto. 103 p.
- Antunes, P. C., Neves, R. L. R., & Furtado, R. P. (2018). O lazer em ações do Ministério da Saúde: ênfase no lazer ativo. **Revista Brasileira de Estudos do Lazer**, 5(2), 3-19.
- Baptista, B. O. et al. (2012). A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 33, 147-156.
- Baptista, M. N., Soares, T. F. P., & Grendene, F. (2018). Evidências de Validade de Construto do Inventário de Percepção de Suporte Familiar para Idosos – IPSF-ID. **Revista Kairós Gerontologia**, 21(2), 113-134. Doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i2p113-134.
- Barbosa, A. A. S., Tafner Júnior, A. W., & Faria, A. M. M. (2016). Comparação de Indicadores de Desenvolvimento: A Aplicação do IDH e do ISMA na região do Norte Araguaia. **Revista de Estudos Sociais**, 18(36), 280-324.
- Bento, I. C. (2020). **Fatores contextuais e individuais, hipertensão arterial e uso de medicamentos para doenças crônicas entre idosos: pesquisa nacional de saúde (2013)** (Tese de Doutorado). Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Belo Horizonte, MG, Brasil.
- \_\_\_\_\_. (1994). Lei n.º 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências**. Diário Oficial da União, 5 jan 1994.
- \_\_\_\_\_. (2003). Lei nº 10.471, de 1º de outubro de 2003. **Estatuto do Idoso**.
- \_\_\_\_\_. (2004). **Estatuto do Idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003**. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos.

\_\_\_\_\_. (2006a). Ministério da Saúde (MS). **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: MS.

\_\_\_\_\_. (2006b). Ministério da Saúde (MS). **Política nacional de atenção básica**. Departamento de Atenção Básica. Brasília : MS.

\_\_\_\_\_. (2006c). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília : Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_. (2010). Ministério da Saúde. RedeNutri – Rede de Nutrição do Sistema Único de Saúde. **Texto de sistematização: Educação Alimentar e Nutricional**. Brasília.

\_\_\_\_\_. (2011). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde.

Braghetta, C. C. (2017). **Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar espiritualidade**: Escala de Atitudes Relacionadas à Espiritualidade (ARES) (Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo). Biblioteca digital da Universidade de São Paulo. <https://doi.org/10.11606/D.5.2017.tde-05102017-112819>.

Borghi, A. C. et al. (2011). Qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer e de seus cuidadores. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 32, 751-758. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000400016> .

Buys, D. R. et al. (2015). Association between neighborhood disadvantage and hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in older adults: results from the University of Alabama at Birmingham Study of Aging. **Am J Public Health**, 105 (6), 1181-1188.

Cancela, D. M. G. (2017). **O processo de envelhecimento**. Recuperado de <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>.

Carver, C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief *COPE*. **International Journal of Behavioral Medicine**, 4(1), 92-100.

Chaix, B. et al. (2010). Individual/neighborhood social factors and blood pressure in the RECORD Cohort Study: which risk factors explain the associations?. **Hypertension**, 55 (3), 769-75.

Corte, J. D. et al. (2022). Impacto da atividade física sobre os níveis de ansiedade durante a pandemia de Covid-19. **Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício**, 21(1), 61-76.

Coakley, C. W. (1996). Suggestions for Your Nonparametric Statistics Course. **Journal of Statistics Education**, 4 (2), 1-14.

Costa, M. S. A. (2017). **Qualidade de vida nos cuidadores de pacientes diabéticos tipo 2 amputados**: um estudo longitudinal (Tese de Doutorado). Universidade do Minho, Portugal.  
Damásio, C. S. R. et al. (2020). Factors associated with quality of life in the perspective of the

elderly caregiver with Alzheimer's disease. **Biosci. j. (Online)**, 652–662.

Diogo, M. J. D. E., Ceolim, M. F., & Cintra, F. A. (2005). Orientações para idosos que cuidam de idosos no domicílio. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 39, 97-102. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000100013>.

Duncan, B. B. et al. (2012). Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev Saúde Pública**, 46, 126-134. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000700017>.

Eugênio, F. E. S et al. (2015). PET Saúde - Redes de Atenção à Saúde: Contribuições do Programa Melhor em Casa. **SANARE**, 14 (2), 47-50.

Farinha, F. T. et al. (2021). Factors related to the use of religious coping by informal caregivers: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 74(3), e20201227. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1227>.

Farina, N. et al. (2017). Factors associated with the quality of life of family carers of people with dementia: A systematic review. **Alzheimer's & Dementia**, 13, 572-581. Doi: 10.1016/j.jalz.2016.12.010.

FERNANDES, Daiane de Souza. Avaliação da capacidade funcional de idosos longevos amazônidas. 94 f. Dissertação (Mestrado Associado de Enfermagem) –Universidade do Estado do Pará, Belém, 2015. Disponível em: <[https://paginas.uepa.br/ppgenf/files/pdfs/DISSERTAO\\_DAIANE\\_FERNANDES\\_2.pdf](https://paginas.uepa.br/ppgenf/files/pdfs/DISSERTAO_DAIANE_FERNANDES_2.pdf)>.

Ferreira, C. R., Isaac, L., & Ximenes, V. S. (2018). Cuidar de idosos: um assunto de mulher?. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, 9(1), 108-125.

Figueiredo, M. L. F et al. (2008). Diagnósticos de enfermagem do idoso acamado no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 61(4), 464-469. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000400011>.

Fleck, M. P. D. A. et al. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Brazilian Journal of Psychiatry**, 21 (1), 19-28. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000100006>.

Fragoso, V. (2008). Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado. **IGT na Rede**, 5(8).

Fredman, L. et al. (2010). Mortality associated with caregiving, general stress, and caregiving-related stress in elderly women: Results of caregiver-study of osteoporotic fractures. **Journal of the American Geriatrics Society**, 58(5), 937-943. Doi: <http://dx.doi.org/10.5335/rbceh.2012.1843>.

Frei, F. (2020). Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) aplicada ao ensino de estatística inferencial não paramétrica no Ensino Superior. **Revista de Ensino de Ciências e Matemática**, 11 (1), 13-26.

Flesch, L. D. et al. (2019). Fatores associados à qualidade de vida de idosos que cuidam de

outros idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 22 (3). Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180155>.

Garcia, D. C. D. (2023). **Idoso cuidador de idoso: significados atribuídos ao cuidar de um familiar** (Tese de Doutorado). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu.

Gabardo-Martins, L. M. D., Ferreira, M. C., & Valentini. (2017). Propriedades psicométricas da escala multidimensional de suporte social percebido. **Temas em Psicologia**, 25(4), 1873-1883. Doi: <https://dx.doi.org/10.9788/TP2017.4-18Pt>.

Garbaccio, J. L., & Tonaco, L. A. B. (2019). Características e Dificuldades do Cuidador informal na Assistência ao Idoso. **Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online)**, 680-686.

Giacomin, K. C. Et al. (2018). Cuidado e limitações funcionais em atividades cotidianas–ELSI-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 52. Doi: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000650>.

Gil, A. C. (2017). **Como Elaborar Projetos de Pesquisa** (6a ed). São Paulo, Editora Altas.

Grandelle, R. (2016). **População de idosos do planeta pode triplicar até o fim do século**. O Globo. Recuperado de <https://oglobo.globo.com/sociedade/sustentabilidade/populacao-de-idosos-do-planeta-pode-triplicar-ate-fim-do-seculo-17012816>.

Gratão, A. C. M. et al . (2013). Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , 47 (1), 137-144. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000100017>.

Horrell, B., Breheny, M., & Stephens, C. (2014). Capability to care and work: when dual roles intersect. **Vulnerable Groups & Inclusion**, 5(1), 24357. Doi: 10.3402/vgi.v5.24357.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2013). **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.

\_\_\_\_\_. (2015). **Mudanças Demográficas no Brasil**. Subsídios para as Projeções da População. Brasil. Rio de Janeiro.

\_\_\_\_\_. (2019). **Sobral Panorama**. Recuperado de <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/sobral/panorama>.

\_\_\_\_\_. (2020). **Pesquisa nacional de saúde: 2019 : percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões**. Coordenação de Trabalho e Rendimento, Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_. **Cidades**. (2021). Fortaleza, Ceará.

International Business Machines. (2017). **Software IBM SPSS**. Recuperado de <https://www.ibm.com/br-pt/analytics/spss-statistics-software>.

Koenig, H., McCullough, M., & Larson, D. (2001). **Handbook of religion and health**. Oxford University Press.

Lafortune, G., & Balestat, G. (2007). Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications. *OECD Health Working Papers*, (26). Doi: <https://doi.org/10.1787/217072070078>.

Lins, A. E. D. S. (2018). **Satisfação com as relações e apoios familiares em idosos cuidadores de idosos**. (Tese de doutorado). Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

Lopes, A. (2005). Familialism and financial resources in old age. Setting the scene for the use of long-distance assisted care mechanisms in Portugal. *Revista da Faculdade de Letras*, 25, 349-369.

Lopes, L.O., & Cachioni, M. (2013). Cuidadores de idosos com doença de Alzheimer em uma intervenção psicoeducacional. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 16 (3), 443-60.

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.

Lu, S. et al. (2020). Association of formal and informal social support with health-related quality of life among Chinese rural elders. *International journal of environmental research and public health*, 17(4), 1351. Doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17041351>.

Matsuzaka, C. T. et al. (2017). Correlations between caregiver psychiatric symptoms and offspring psychopathology in a low-resource setting. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 40, 56-62.

Maroco, J. et al. (2014). Adaptação transcultural Brasil-Portugal da escala brief cope para estudantes do ensino superior. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(2), 300-313. Doi: <http://doi.org/10.15309/14psd150201>.

Mendonça, J. M. B. D. et al. (2021). O sentido do envelhecer para o idoso dependente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 57-65. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.32382020>.

Meira, E. C. et al. (2017). Vivências de mulheres cuidadoras de pessoas idosas dependentes: orientação de gênero para o cuidado. *Escola Anna Nery*, 21(2), e20170046. Doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170046>.

Melo, R. M. C., Rua, M. S., & Santos, C. S. V. B. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 143-151.

Mello, J. D. A. et al. (2017). The determinants of informal caregivers' burden in the care of frail older persons: a dynamic and role-related perspective. *Aging & mental health*, 21(8), 838-843.

Melo, M. D. S. A. et al. (2022). Sobrecarga e qualidade de vida dos cuidadores de pessoas

acamadas em domicílio. **Acta Paulista de Enfermagem**, 35. Doi: <https://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022ao02087>.

Mocelin, C. et al. (2017). O cuidado do idoso dependente no contexto familiar. **Rev Pesqui: Cuid Fundam [Internet]**, 9 (4), 1034-9. Doi: 10.9789/2175-5361.2017.v9i4.1034-1039.

Moreira, A. C. A. (2015). **Intervenção Educativa para melhoria do conhecimento, atitude e prática do cuidador domiciliar de idosos** (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Moreira-Almeida, A. et al. (2008). Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. **Archives of Clinical Psychiatry** (São Paulo), 35, 31-32.

Nunes, D. P. et al. (2019). Caregivers of elderly and excessive tension associated to care: evidence of the Sabe Study. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 21. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720180020.supl.2> PMID:30726365.

Nunes, D. P. (2022). **Cuidadores de idosos acamados residentes na cidade de Palmas: principais achados**. Fundação Universidade Federal do Tocantins, Palmas, TO:UFT/Curso de Enfermagem.

Organização Mundial de Saúde. (1998). **Programme on mental health: whoqol user manual**. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse World Health Organization.

Organização Mundial da Saúde. (2005). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília, DF: OPAS.

Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. (2018). **Organização Mundial da Saúde/Brasil**. Folha informativa - Envelhecimento e saúde, Brasília, DF.

Oliveira, N. A. D. et al. (2017). Stress and optimism of elderlies who are caregivers for elderlies and live with children. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 70, 697-703.

Panzini, R. G. et al. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. **Archives of Clinical Psychiatry** (São Paulo), 34, 105–115. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700014>

Pargament, K., Feuille, M., & Burdzy, D. (2011). The Brief RCOPE: Current psychometric status of a short measure of religious coping. **Religions**, 2(1), 51-76.

Pascotto, A. C., & Santos, B. D. (2013). Avaliação da qualidade do sono em estudantes de ciências da saúde. **J Health Sci Inst**, 31(3), 306-10.

Pedreira, L. C., & Oliveira, A. M. S. (2012). Cuidadores de dependentes dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 65 (5), 730-736. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000500003>.

Pessotti, C. F. C. et al. (2018). Family caregivers of elderly with dementia Relationship between religiosity, resilience, quality of life and burden. **Dementia & Neuropsychologia**, 12, 408-414. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn12-040011>.

Pinto, M. F. et al. (2009). Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. **Acta paulista de enfermagem**, 22, 652-657. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000500009>.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2011). **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem (7a ed). Porto Alegre: Artmed.

Reis, L. A., & Trad, L. A. B. (2015). Suporte familiar ao idoso com comprometimento da funcionalidade: a perspectiva da família. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, 17(3), 28-41.

Rodrigues, L. S. (2018). Desafios do desenvolvimento socioeconômico no Brasil: desigualdade e concentração de renda em âmbito municipal no Estado de São Paulo. **Brazilian Journal of Development**, 4(5), 2008-2024. Doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv4n5-233>.

Santos, C. F. D., & Gutierrez, B. A. O. (2013). Avaliação da qualidade de vida de cuidadores informais de idosos portadores da doença de Alzheimer. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, 17(4), 792-798. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130058>.

Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. (2018). **A pessoa idosa no Brasil**. Recuperado de: <http://mds.gov.br/assuntos/brasil-amigo-da-pessoa-idosa/estrategia-1#:~:text=O%20avan%C3%A7o%20dos%20n%C3%BAmeros%20ultrapassou,30%2C3%20milh%C3%B5es%20de%20pessoas>.

Silva, L. S. et al. (2019). Religião/espiritualidade e apoio social na melhoria da qualidade de vida da pessoa com cancro avançado. **Rev. Enf. Ref. [online]**, 4 (23), 111-120. Doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV19072>.

Silva, A. L. O. et al. (2022). Impacts on the health and quality of life of caregivers and family members of individuals with Alzheimer's disease: integrative review. **Research, Society and Development**, 11 (9), 1 - 9. Doi: 10.33448/rsd-v11i9.32245.

Scazufca, M. (2002). Versão brasileira da escala Burden Interview para avaliação da carga de cuidado em cuidadores de pessoas com doenças mentais. **Rev.Bras. Psiquiatr**, São Paulo, 24 (1), 12-17. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000100006>.

Shakespeare-Finch, J., & Obst, P. L. (2011). The development of the 2-way social support scale: A measure of giving and receiving emotional and instrumental support. **Journal of personality assessment**, 93(5), 483-490. Doi: <http://doi.org/10.1080/00223891.2011.594124>.

Silva, L. L. N. B., & Rabelo, D. F. (2017). Afetividade e conflito nas díades familiares, capacidade funcional e expectativa de cuidado de idosos. **Pensando famílias**, 21(1), pp. 80-91.

Solberg, M. A., Gridley, M. K., & Peters, R. M. (2022). The factor structure of the brief cope: A systematic review. **Western Journal of Nursing Research**, 44(6), 612-627. Doi: <https://doi.org/10.1177/01939459211012044>.

Sparrenberger, F. et al. (2009). Does psy-chosocial stress cause hypertension? A system-atic

review of observational studies. **J Hum Hypertens**, 23 (1), 12-9.

Surdi, A. C., & Tonello, J. (2007). Lazer e saúde: algumas aproximações em direção à melhoria da qualidade de vida das pessoas. **Visão Global**, 10(2), 201-228.

Tavares, M. L. O. et al. (2022). Fatores socioculturais que contribuem para a qualidade de vida de cuidadores familiares de adultos dependentes de cuidados crônicos: um estudo qualitativo no Brasil. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, 26. Doi: <https://dx.doi.org/10.35699/2316-9389.2022.38502>.

Trindade, I. et al. (2017). Caracterização do grau de sobrecarga dos cuidadores de utentes dependentes da Unidade de Saúde Familiar USF Descobertas. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, 33(3), 178-86.

Varela, S. et al. (2012). Effects of two different intensities of aerobic exercise on elderly people with mild cognitive impairment: a randomized pilot study. **Clinical Rehabilitation**, 26 (5), 442-450.

Veras, R. P., & Oliveira, M. (2018). Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23 (6), 1929-1936. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>.

Vignola, R. C. B., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. **Journal of affective disorders**, 155, 104-109. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>.

VANZELLA, E.; O ENVELHECIMENTO, A TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA, DA POPULAÇÃO BRASILEIRA, E IMPACTO NAS INTERNAÇÕES NO ÂMBITO DO SUS **EDUCERE**, João Pessoa, v. 1, n. 2, p. 144-158, jul./dez. 2019.

Ximenes, V. S., Queluz, F. N. F. R., & Barham, E. J. (2022). Relação entre Habilidades Sociais, Suporte Social e Qualidade de Vida em Cuidadores. **Psico-USF**, 27(1), 115–127. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-82712022270109>.

## APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado participante:

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo/pesquisa, conduzida por Antônio Helton Cavalcante Lima Junior. Sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dra. Maria Suely Alves Costa. Declaro, por meio deste termo, que concordei em participar da pesquisa de campo intitulada **“QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS GRAVES.”** Fui informado (a), ainda, que poderei constatar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone (88) 99712- 8382, ou e-mail [heltonjr52@gmail.com](mailto:heltonjr52@gmail.com). Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é avaliar a qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos com doenças crônicas graves no município de Sobral/CE. Durante a realização da entrevista, a previsão de riscos é mínima. Esses riscos são de caráter emocional quando, ao responder as perguntas, você pode reviver experiências sofridas, ou se sentir constrangido em fornecer algumas informações. Caso aconteça algum desconforto por responder as perguntas, você pode optar por não responder qualquer questão ou até mesmo interromper a entrevista. Fui também esclarecido de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Minha colaboração se fará de forma autônoma, por meio de uma entrevista semiestruturada, e sei que haverá preservação e sigilo dos meus dados. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e a sua orientadora. Fui ainda informado de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos. Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento. Contatos do pesquisador responsável: Antônio Helton Cavalcante Lima Júnior, enfermeiro, endereço: Rua Coronel

Joaquim Lopes, telefones: (88) 99712-8382 e email: [heltonjr52@gmail.com](mailto:heltonjr52@gmail.com). Ou a Sra. (o) pode procurar o Comitê de Ética em pesquisa.

Dados do comitê de Ética: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA, Av. Comandante Maurocélvio Rocha Pontes, 150 – Bairro Derby, Sobral - CE, 62042-280, telefone: (88) 3677-4255 (Horário: 08:00-12:00 e 14:00-17:00 horas de segunda a sexta-feira).

Sobral, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Assinatura do participante

---

Assinatura do Pesquisador

---

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE PÓS-ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_ Declaro que após ter sido esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Sobral, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do (a) participante

---



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ CAMPUS SOBRAL**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**  
**E POLÍTICAS PÚBLICAS MESTRADO PROFISSIONAL EM**  
**PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS**

**APÊNDICE C - PESQUISA**

**QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS GRAVES**

<b>I- DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>	
<b>NOME:</b>	
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b> __/__/__	<b>SEXO:</b> F ( ) M ( )
<b>ESTADO CIVIL:</b>	<b>RELIGIÃO:</b>
<input type="checkbox"/> Solteiro(a)	<input type="checkbox"/> Católico
<input type="checkbox"/> Divorciado (a)	<input type="checkbox"/> Evangélico
<input type="checkbox"/> Viúvo(a)	<input type="checkbox"/> Espiritismo
<input type="checkbox"/> União estavél	<input type="checkbox"/> Ubanda
<input type="checkbox"/> Casado (a)	<input type="checkbox"/> Testemunha de jeová
	<input type="checkbox"/> Outra _____
<b>RAÇA/COR:</b>	<b>ESCOLARIDADE:</b>
<input type="checkbox"/> Amarelo (a)	<input type="checkbox"/> Analfabeto
<input type="checkbox"/> Branco (a)	<input type="checkbox"/> Lê e escreve
<input type="checkbox"/> Pardo (a)	<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental INCOMPLETO
<input type="checkbox"/> Preto (a)	<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental COMPLETO
<input type="checkbox"/> Índio	<input type="checkbox"/> Ensino Médio INCOMPLETO
	<input type="checkbox"/> Ensino Médio COMPLETO
	<input type="checkbox"/> Ensino Superior

<b>COM QUEM RESIDE ?</b>	
<input type="checkbox"/> Casa própria <input type="checkbox"/> Casa de parente <input type="checkbox"/> Casa do idoso cuidado <i>Se sim, *qual parentesco com o idoso e a quanto tempo?</i>	
<b>POSSUI FILHOS?</b>	
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <i>*Se sim, quantos(as) e quais idades?</i> _____	
<b>POSSUI ALGUMA DOENÇA CRÔNICA?</b>	
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <i>*Se sim, qual?</i> _____	
<b>FAZ USO DE ALGUMA MEDICAÇÃO CONSTANTE?</b>	
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <i>*Se sim, qual?</i> _____	
<b>REALIZA ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA ?</b>	
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <i>*Se sim, qual?</i> _____	
<p style="text-align: right;"><i>**Frequência da atividade</i> <input type="checkbox"/> De 1 a 2 vezes por semana  <input type="checkbox"/> De 3 a 4 vezes por semana  <input type="checkbox"/> Mais de 5 vezes por semana</p>	
<b>TEM MOMENTOS DE LAZER?</b>	
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <i>*Se sim, quais?</i> _____	
<b>COMO VOCÊ CARACTERIZA SEU SONO ?</b>	<b>QUAL A MÉDIA DE HORA DORMIDA?</b>
<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Entre 01 e 03 horas por noite
<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Entre 04 e 06 horas por noite
<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Entre 07 e 08 horas por noite
<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Maior que 08 horas por noite

**ESTÁ TRABALHANDO FORMAL NO MOMENTO?**

- NÃO     SIM    *\*Se sim, qual a renda média?*     De meio a 1 salário mínimo  
 De 2 a 3 salários mínimos  
 Mais de 3 salários mínimos

**HÁ QUANTO TEMPO EXERCE A FUNÇÃO DE CUIDADOR ?**

- Menos de 1 mês     Entre 2 e 3 meses     Mais de 3 meses

**DENTRO DESSE PERIODO VOCÊ DIVIDIU ESSA FUNÇÃO COM ALGUÉM?**

- NÃO     SIM    *\*Se sim, quem* \_\_\_\_\_

**JÁ CUIDOU DE OUTRAS PESSOAS?**

- NÃO     SIM    *\*Se sim, qual parentesco?*

## ANEXO A - DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS SCALE (DASS 21)

**Instruções:** Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si *durante a semana passada*.

Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

*A classificação é a seguinte:*

- 0 – Não se aplicou nada a mim.
- 1 – Aplicou-se a mim algumas vezes.
- 2 – Aplicou-se a mim de muitas vezes.
- 3 – Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

---

1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir com exagero em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3

17 Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18 Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19 Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20 Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21 Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

---

## ANEXO B - ESCALA DE ZARIT

Tem por objetivo avaliar a sobrecarga dos cuidadores de idosos. Esta escala não deve ser realizada na presença do idoso. A cada afirmativa o cuidador deve indicar a frequência que se sente em relação ao que foi perguntado (nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente ou sempre).

Não existem respostas certas ou erradas. O estresse dos cuidadores será indicado por altos escores.

1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/doente já não tem tempo suficiente para você mesmo?

- ( 1 ) Nunca
- ( 2 ) Quase nunca
- ( 3 ) Às vezes
- ( 4 ) Frequentemente
- ( 5 ) Quase sempre

2. Sente-se estressado/angustiado por ter que cuidar do seu familiar/doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (ex.: cuidar de outros familiares, ter que trabalhar).

- ( 1 ) Nunca
- ( 2 ) Quase nunca
- ( 3 ) Às vezes
- (4) Frequentemente
- ( 5 ) Quase sempre

3. Acha que a situação atual afeta a sua relação com amigos ou outros elementos da família de uma forma negativa?

- ( 1 ) Nunca
- ( 2 ) Quase nunca
- ( 3 ) Às vezes
- ( 4 ) Frequentemente
- ( 5 ) Quase sempre

4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/doente?

- ( 1 ) Nunca
- ( 2 ) Quase nunca
- ( 3 ) Às vezes
- ( 4 ) Frequentemente
- ( 5 ) Quase sempre

5. Sente que sua saúde tem sido afetada por ter que cuidar do seu familiar/doente?

- ( 1 ) Nunca
- ( 2 ) Quase nunca

- ( 3 ) Às vezes
- ( 4 )Frequentemente
- ( 5 ) Quase sempre

6. Sente que tem perdido o controle da sua vida desde que a doença o seu familiar/ doente se manifestou?

- ( 1 ) Nunca
- ( 2 ) Quase nunca
- ( 3 ) Às vezes
- ( 4 )Frequentemente
- ( 5 ) Quase sempre

7. No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar/doente?

- ( 1 ) Nunca
- ( 2 ) Quase nunca
- ( 3 ) Às vezes
- ( 4 )Frequentemente
- ( 5 ) Quase sempre

### ANEXO C - BRIEF COPE

Este questionário refere-se à capacidade de enfrentamento, que é o modo como você lida com os problemas da sua vida. Marque a opção que melhor representa a frequência com que você faz o que está descrito em cada afirmação abaixo.

Itens	Nunca fiz isto	Já fiz Isto	Faço algumas vezes	Costumo fazer isto	Faço sempre isto
1. Concentro os meus esforços em alguma coisa que me permita enfrentar a situação.					
2. Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação (desempenho).					
3. Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer.					
4. Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação.					
5. Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação.					
6. Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo.					
7. Procuro apoio emocional de alguém (família, amigos).					
8. Procuro o conforto e compreensão de alguém					
9. Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual.					

10. Rezo ou medito					
11. Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva.					
12. Procuo algo positivo em tudo o que está acontecendo.					
13. Faço críticas a mim mesmo.					
14. Culpo-me pelo que está acontecendo					
15. Tento aceitar as coisas tal como estão acontecendo.					
16. Tento aprender a viver com a situação.					
17. Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos (emoções).					
18. Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento					
19. Tenho dito para mim mesmo(a): “isto não é verdade”.					
20. Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer comigo.					
21. Refugio-me noutras atividades para me abstrair da situação.					
22. Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar ou ir às compras.					

23. Desisto de me esforçar para obter o que quero.					
24. Simplesmente desisto de tentar atingir o meu objetivo.					
25. Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor.					
26. Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas.					
27. Enfrento a situação levando-a para a brincadeira.					
28. Enfrento a situação com sentido de humor.					

**ANEXO D**  
**ARES**  
**Escala de Atitudes Relacionadas à Espiritualidade**

Antes de responder, leia as instruções:

Espiritualidade pode ser entendida como uma busca pessoal sobre questões relacionadas com o sagrado, com Deus e com o sentido da vida.

A espiritualidade pode manifestar-se de forma independente da religião. Isto é, pessoas espiritualizadas podem ou não ter religião.

Por favor, responda com atenção, o quanto você concorda ou discorda das afirmativas abaixo sobre Espiritualidade:

	Discordo muito	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo muito
1. Eu acredito em algo sagrado, transcendente(Deus, uma força superior).	1	2	3	4	5
2. Meditação, oração, leituras e/ou contemplação são práticas que utilizo (ao menos uma delas) para me conectar com uma força espiritual além de mim.	1	2	3	4	5
3. Já presenciei fatos/situações que me levaram a acreditar que existe algo além do mundo material.	1	2	3	4	5
4. Minha fé ou crenças espirituais me dão apoio no dia-a-dia.	1	2	3	4	5
5. Minha espiritualidade me ajuda a ter um relacionamento melhor com os outros.	1	2	3	4	5
6. Minha espiritualidade influencia minha saúde física e mental.	1	2	3	4	5
7. Minha espiritualidade me incentiva a ajudar outras pessoas.	1	2	3	4	5
8. Eu acredito em uma continuidade após a morte.	1	2	3	4	5
9. Minhas crenças e valores espirituais direcionam minhas ações no dia-a-dia.	1	2	3	4	5

10. Minha fé ou crenças espirituais dão sentido à minha vida.	1	2	3	4	5
11. Práticas espirituais (por exemplo: fazer orações, ou jejum, ou meditação ou outras) ajudam a manter ou melhorar a minha saúde física ou mental.	1	2	3	4	5

## ANEXO E - 2-WAY SSS

As frases a seguir referem-se à sua experiência de dar e receber suporte social. Por favor, leia cada afirmação e, em seguida, indique o quanto a declaração se aplica a você, sendo (0) nunca se aplica e (5) sempre se aplica.

**Não existem respostas certas ou erradas.**

O importante é você responder com sinceridade como se sente com relação a cada uma das frases.

**1. Eu tenho alguém com quem posso conversar sobre as pressões da minha vida.**

1	2	3	4	5
Nunca se aplica	Poucas vezes se aplica	Às vezes se aplica	Muitas vezes se aplica	Sempre se aplica

**2. Existe pelo menos uma pessoa com quem eu posso partilhar a maioria das coisas.**

1	2	3	4	5
Nunca se aplica	Poucas vezes se aplica	Às vezes se aplica	Muitas vezes se aplica	Sempre se aplica

**3. Quando eu estou me sentindo para baixo, existe alguém com quem posso contar.**

1	2	3	4	5
Nunca se aplica	Poucas vezes se aplica	Às vezes se aplica	Muitas vezes se aplica	Sempre se aplica

**4. Existe uma pessoa em minha vida que me dá suporte emocional.**

1	2	3	4	5
Nunca se aplica	Poucas vezes se aplica	Às vezes se aplica	Muitas vezes se aplica	Sempre se aplica

**5. Existe pelo menos uma pessoa em quem sinto que posso confiar.**

1	2	3	4	5
Nunca se aplica	Poucas vezes se aplica	Às vezes se aplica	Muitas vezes se aplica	Sempre se aplica

**6. Existe alguém em minha vida que me faz sentir que tenho valor.**

1	2	3	4	5
Nunca se aplica	Poucas vezes se aplica	Às vezes se aplica	Muitas vezes se aplica	Sempre se aplica

**7. Eu sinto que tenho um círculo de pessoas que me valorizam.**

1	2	3	4	5
Nunca se aplica	Poucas vezes se aplica	Às vezes se aplica	Muitas vezes se aplica	Sempre se aplica

**8. Sou uma pessoa disponível para escutar os problemas dos outros.**

1	2	3	4	5
Nunca se aplica	Poucas vezes se aplica	Às vezes se aplica	Muitas vezes se aplica	Sempre se aplica

**9. Eu procuro animar as pessoas quando elas estão se sentindo para baixo.**

1	2	3	4	5
Nunca se aplica	Poucas vezes se aplica	Às vezes se aplica	Muitas vezes se aplica	Sempre se aplica

**10. As pessoas próximas a mim me contam suas preocupações mais temidas.**

1	2	3	4	5
Nunca se aplica	Poucas vezes se aplica	Às vezes se aplica	Muitas vezes se aplica	Sempre se aplica

**11. Eu conforto aos outros em momentos difíceis.**

1	2	3	4	5
Nunca se aplica	Poucas vezes se aplica	Às vezes se aplica	Muitas vezes se aplica	Sempre se aplica

**12. As pessoas confiam em mim quando elas tem problemas.**

1	2	3	4	5
Nunca se aplica	Poucas vezes se aplica	Às vezes se aplica	Muitas vezes se aplica	Sempre se aplica

**13. Se eu estiver com problemas alguém irá me socorrer.**

1	2	3	4	5
Nunca se aplica	Poucas vezes se aplica	Às vezes se aplica	Muitas vezes se aplica	Sempre se aplica

**14. Eu tenho alguém para me ajudar quando eu estou doente.**

1	2	3	4	5
Nunca se aplica	Poucas vezes se aplica	Às vezes se aplica	Muitas vezes se aplica	Sempre se aplica

**15. Se eu precisar de dinheiro, conheço alguém que pode me ajudar.**

1	2	3	4	5
Nunca se aplica	Poucas vezes se aplica	Às vezes se aplica	Muitas vezes se aplica	Sempre se aplica

**16. Existe alguém que pode me ajudar a cumprir minhas responsabilidades quando eu não consigo.**

1	2	3	4	5
Nunca se aplica	Poucas vezes se aplica	Às vezes se aplica	Muitas vezes se aplica	Sempre se aplica

**17. Eu ajudo os outros quando eles estão muito ocupados.**

1	2	3	4	5
Nunca se aplica	Poucas vezes se aplica	Às vezes se aplica	Muitas vezes se aplica	Sempre se aplica

**18. Eu ajudei alguém com suas responsabilidades quando ele não conseguiu realizá-las.**

1	2	3	4	5
Nunca se aplica	Poucas vezes se aplica	Às vezes se aplica	Muitas vezes se aplica	Sempre se aplica

**19. Quando alguém que morava comigo estava doente eu ajudei.**

1	2	3	4	5
Nunca se aplica	Poucas vezes se aplica	Às vezes se aplica	Muitas vezes se aplica	Sempre se aplica

## ANEXO F - ESCALA 06 - WHOQOL-BREF

### INSTRUÇÕES

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar uma pergunta, escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações.

Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **DUAS ÚLTIMAS SEMANAS**.

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tiver tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

**POR FAVOR LEIA CADA PERGUNTA, VEJA COMO SE SENTE A RESPEITO DELA, E PONHA UM CÍRCULO À VOLTA DO NÚMERO DA ESCALA PARA CADA PERGUNTA QUE LHE APARECER QUE DÁ A MELHOR RESPOSTA.**

		Muito má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
<b>1 (G1)</b>	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
<b>2 (G4)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde ?	1	2	3	4	5

As perguntas a seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas:

		Muito má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
<b>3 (F1.4)</b>	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa fazer?	1	2	3	4	5
<b>4 (F11.3)</b>	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?					
<b>5 (F4.1)</b>	Até que ponto gosta da vida?					
<b>6 (F24.2)</b>	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?					
<b>7 (F5.3)</b>	Até que ponto se consegue concentrar?					
<b>8 (F16.1)</b>	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?					
<b>9 (F22.1)</b>	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?					

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
<b>10 (F2.1)</b>	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa fazer?	1	2	3	4	5

<b>11</b> <b>(F7.1)</b>	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
<b>12</b> <b>(F18.1)</b>	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades ?	1	2	3	4	5
<b>13</b> <b>(F20.1)</b>	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
<b>14</b> <b>(F21.1)</b>	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		<b>Muito má</b>	<b>Má</b>	<b>Nem Boa Nem Má</b>	<b>Boa</b>	<b>Muito Boa</b>
<b>15</b> <b>(F9.1)</b>	Como avalia a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destina-se a avaliar se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas:

		<b>Muito Insatisfeito</b>	<b>Insatisfeito</b>	<b>Nem Satisfeito Nem Insatisfeito</b>	<b>Satisfeito</b>	<b>Muito Satisfeito</b>
<b>16 (F3.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com seu sono?	1	2	3	4	5
<b>17 (F10.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
<b>18 (F12.4)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
<b>19 (F6.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
<b>20 (F13.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
<b>21 (F15.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
<b>22(F14.4)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
<b>23 (F17.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com o lugar em que vive ?	1	2	3	4	5
<b>24(F17.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde	1	2	3	4	5

<b>25(F23.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5
------------------	------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

As perguntas que se seguem refere-se à frequência com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		<b>Nunca</b>	<b>Poucas Vezes</b>	<b>Algumas Vezes</b>	<b>Frequentemente</b>	<b>Sempre</b>
<b>26(F8.1)</b>	Como avalia a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

## ANEXO G - Carta de anuência

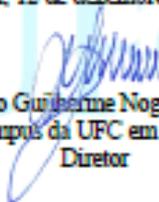
**CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaramos, para os devidos fins, que damos anuência à pesquisadora **Maria Suely Alves Costa**, bem como ao pesquisador **Antônio Helton Cavalcante Lima Júnior**, a desenvolverem o seu projeto de pesquisa "**Qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos acamados com doenças crônicas**", cujo objetivo é avaliar a qualidade de vida dos cuidadores de idosos acamados com doenças crônicas.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento dos pesquisadores aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados os pesquisadores deverão apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Sobral, 12 de dezembro de 2021.



Prof. João Guilherme Nogueira Matias  
Campus da UFC em Sobral  
Diretor

## ANEXO H - Parecer Municipal



PREFEITURA DE SOBRAL  
SECRETARIA DA SAÚDE  
COMISSÃO CIENTÍFICA

### PARECER PROTOCOLO Nº 0117/2021

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia do Projeto de Dissertação de Mestrado, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC), intitulado: QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADOS INFORMAIS DE IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS, desenvolvido por Antônio Helton Cavalcante Lima Júnior e sob orientação da Profa. Dra. Suely Costa Alves.

Na condição de instituição coparticipante do projeto supracitado, concordamos em autorizar a realização das intervenções junto aos participantes sob referência dos Centros de Saúde da Família localizados na Sede do município; considerando os critérios de inclusão e exclusão apresentados no Projeto submetido para apreciação nessa Comissão. **Reitera-se: a necessidade de pactuação prévia entre os pesquisadores e as gerências dos serviços quanto aos melhores dias, horários e local para realização das intervenções;** e, face ao contexto da Pandemia por Covid-19 a Conep/CEP orienta para adoção de medidas para a prevenção e gerenciamento de todas as atividades de pesquisa, garantindo-se as ações primordiais à saúde, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade e assistência dos participantes e da equipe de pesquisa.

Desta feita, recomenda-se a utilização de estratégias que respeitem as determinações postas nos decretos estadual e municipal (vigentes à época de realização da intervenção) no que diz respeito a proteção e prevenção da Covid-19. **Fica sob a responsabilidade dos pesquisadores a adoção de estratégias/ferramentas virtuais para realização de coleta dos dados** minimizando/evitando a possibilidade de aglomerações **e adequadas medidas de biossegurança** – uso de máscaras, etiqueta respiratória, álcool em gel 70%, evitar cumprimentos e o compartilhamento de objetos, respeitar o distanciamento social recomendado, manter o cabelo preso e evitar o uso de acessórios

Código de Validação: PF71501629836843F  
Emitido em: Sobral, 24 de Agosto de 2021, às 17:27, pelo Sistema Integrado de Comissão Científica - SICC  
Este documento pode ser validado no endereço [plataformasobral.ufc.br/portal/apps/validacao](https://plataformasobral.ufc.br/portal/apps/validacao), através das informações acima.



**PREFEITURA DE SOBRAL  
SECRETARIA DA SAÚDE  
COMISSÃO CIENTÍFICA**

personais como brincos, anéis e relógios - e os insumos necessários para a garantia desta. **Esses aspectos condicionam a validade deste Parecer.**

Ressaltamos que esta autorização NÃO desobriga os pesquisadores de se basearem nas determinações éticas propostas na Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS/MS, as quais, enquanto instituição proponente, nos comprometemos a cumprir.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

Lembramos ainda que é de responsabilidade dos pesquisadores encaminhar a esta Comissão Científica cópia da pesquisa no prazo máximo de 30 dias após sua conclusão, como forma de compromisso com a sociedade e o Sistema de Saúde de Sobral, em razão das possíveis melhorias advindas dos resultados do estudo. Reitera-se que pendências no envio do Relatório de Pesquisa podem levar a não apreciação de solicitações posteriores.

Em caso de dúvidas, contate-nos pelo telefone (88) 3614-5520 ou pelo e-mail [comissao.cientifica1@gmail.com](mailto:comissao.cientifica1@gmail.com)

Sobral, 24 de Agosto de 2021

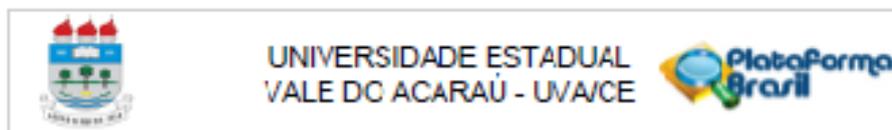
*Lielma Carla Chagas da Silva*

Profa. Ms. Lielma Carla Chagas da Silva  
Coordenadora da Comissão Científica

Código de Validação: PP71501829836841F

Emitido em: Sobral, 24 de Agosto de 2021, às 17:27, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC  
Este documento pode ser validado no endereço [plataformasabca.esf.sobral.ce.gov.br/sicco/apps/validacao](http://plataformasabca.esf.sobral.ce.gov.br/sicco/apps/validacao), através das informações acima.

## ANEXO I - Parecer Consubstanciado do CEP



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS ACANADOS COM DOENÇAS CRÔNICAS

**Pesquisador:** ANTONIO HELTON CAVALCANTE LIMA JUNIOR

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 54515221.9.0000.5053

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.259.741

**Apresentação do Projeto:**

Este estudo consiste em um estudo quantitativo, exploratório, correlacional e de caráter transversal. O presente estudo se deu a partir das vivências do pesquisador em seu campo de estágio desenvolvidos na prática de enfermagem, uma vez que notadamente o cuidado dos profissionais se destacavam de uma forma a escuta somente do paciente, pouco se tinha motivações para a escuta do cuidador, quando isso ocorria somente se pertencia as respostas direcionadas as práticas de cuidados. O presente estudo realizar-se-á na cidade de Sobral, situada na região Norte do Ceará. Pretende-se realizar a pesquisa no curso de um ano, conjectura-se ainda iniciar a fase de coleta após o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). A população da pesquisa contemplará cuidadores de idosos acanados adscritos nos CGF do município de Sobral, já a amostra do estudo será constituído por pessoas que estejam exercendo o papel como cuidador(a) de idoso alocados no território da sede do município. Além de aceitar participar da pesquisa voluntariamente sem nenhum retorno financeiro. Como critérios de inclusão para compor a amostra deste estudo foram elencados: 1) residir na região norte do estado do Ceará – CE; 2) ser maior de 18 anos; 3) saber ler e escrever. E como critérios de exclusão, inclui-se: 1) ter escolaridade inferior a quatro anos ou não compreender a língua portuguesa; O cálculo do tamanho da amostragem a partir do total da população, o tamanho da amostragem gira em torno de 60, tendo margem de erro de 5% e confiabilidade de 90%.

Após a deliberação da Aprovação do CEP, será utilizado o termo de consentimento livre e

Endereço: Av. Conselheiro Manoelito Rocha Pontes, 150  
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040  
 UF: CE Município: SOBRAL  
 Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-6342 E-mail: cep\_uva@uva.net.br