



Qualidade de vida e apoio social de pessoas idosas cuidadoras e receptoras de cuidado em alta vulnerabilidade social

Quality of life and social support of older adults caregivers and care recipients in high social vulnerability

Mayara Mayumi Yazawa¹

Ana Carolina Ottaviani¹

Ana Laura de Souza e Silva²

Keika Inouye¹

Tábatta Renata Pereira de Brito³

Ariene Angelini dos Santos-Orlandi^{2,4}

Resumo

Objetivo: comparar a qualidade de vida e o apoio social entre pessoas idosas cuidadoras e receptoras de cuidado. **Método:** estudo observacional, transversal e quantitativo, realizado com 112 pessoas idosas cadastradas em cinco Unidades de Saúde da Família em contexto de alta vulnerabilidade social em um município do interior paulista, Brasil. Foram avaliadas variáveis sociodemográficas, de cuidado e de saúde, apoio social pela Escala de Apoio Social do *Medical Outcomes Study* e qualidade de vida pelo WHOQOL-bref e WHOQOL-*old*. Para a análise de dados foram utilizados os testes qui-quadrado de Pearson, Mann-Whitney e correlação de Spearman. **Resultados:** houve diferença significativa entre os participantes para apoio material ($p=0,004$) e domínio físico da escala de qualidade de vida ($p=0,002$). Pessoas idosas cuidadoras têm menores escores de apoio material e melhor percepção do domínio físico da escala de qualidade de vida quando comparadas às receptoras de cuidado. Ademais, observou-se correlação direta e moderada entre qualidade de vida e apoio social de pessoas idosas cuidadoras ($p<0,001$), ou seja, quanto maior a pontuação obtida na escala de apoio social, maior também será a pontuação na escala de qualidade de vida. **Conclusão:** pessoas idosas cuidadoras apresentaram menores escores de apoio material e melhor percepção do domínio físico da escala de qualidade de vida em comparação às receptoras de cuidado. Ações relativas à ampliação da quantidade de relacionamentos significativos dos cuidadores pode ser útil para melhorar o apoio social, com consequente melhora dos demais aspectos envolvidos na qualidade de vida.

Palavras-chave: Apoio Social. Qualidade de Vida. Idoso. Cuidadores. Vulnerabilidade Social.

¹ Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Gerontologia. São Carlos, SP, Brasil.

² Universidade Federal de São Carlos, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. São Carlos, SP, Brasil.

³ Universidade Federal de Alfenas, Faculdade de Nutrição. Alfenas, MG, Brasil.

⁴ Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Enfermagem. São Carlos, SP, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Nº do processo: nº 429310/2018-8 e 149815/2021-2.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Ariene Angelini dos Santos-Orlandi
arieneangelini@yahoo.com.br

Recebido: 13/10/2022

Aprovado: 24/03/2023

Abstract

Objective: to compare quality of life and social support between older adults caregivers and care recipients. **Method:** observational, cross-sectional and quantitative study, carried out with 112 older adults registered in five Family Health Units in a context of high social vulnerability in a city in the interior of São Paulo, Brazil. Sociodemographic, care and health variables, social support by the *Medical Outcomes Study Social Support Scale* and quality of life by the *WHOQOL-bref* and *WHOQOL-old* were evaluated. For data analysis, Pearson's Chi-Square, Mann-Whitney and *Spearman's* Correlation tests were used. **Results:** There was a significant difference between the participants for material support ($p=0.004$) and physical domain of the quality of life scale ($p=0.002$). Older adults caregivers have lower material support scores and better perception of the physical domain of the quality of life scale when compared to care recipients. Furthermore, there was a direct and moderate correlation between quality of life and social support of older adults ($p<0.001$), that is, the higher the score on the social support scale, the higher the score on the quality of life scale. **Conclusion:** adults caregivers presented lower material support scores and better perception of the physical domain of the quality of life scale compared to care receptors. Actions related to expanding the amount of significant relationships of caregivers can be useful for improving social support, with consequent improvement of the other aspects involved in quality of life.

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

INTRODUÇÃO

Diante do aumento da longevidade e do predomínio das doenças crônicas, as pessoas idosas podem apresentar dificuldades para desempenhar as atividades de vida diária e, conseqüentemente, necessitar de um cuidador¹. O cuidador é a pessoa que oferece apoio e incentivo à realização de tais atividades². No cenário nacional, tem sido crescente a quantidade de pessoas idosas que cuidam de outras pessoas idosas, pois o cônjuge, muitas vezes, é a única opção para exercer o cuidado³.

Pessoas idosas cuidadoras inseridas em contexto de alta vulnerabilidade social estão mais expostas à privação de recursos, fato que pode afetar a saúde e a qualidade de vida das mesmas, além de prejudicar o cuidado oferecido⁴.

No contexto do cuidado, demandas específicas de saúde podem existir entre as pessoas idosas e isso reforça a necessidade de se estudar aspectos capazes de melhorar a qualidade de vida e a saúde na velhice. Nesse sentido, o apoio social é um importante determinante de saúde e doença⁵ e pode melhorar a qualidade de vida tanto da pessoa idosa cuidadora quanto da que recebe o cuidado⁶.

A qualidade de vida é fundamental para o ser humano em todas as fases de sua vida e está relacionada ao bem-estar, à saúde, à satisfação e à percepção sobre a vida nos âmbitos psicológico, físico e social⁷. Ser uma pessoa ativa, ter apoio social e realizar as atividades de maneira autônoma são importantes para ter uma boa qualidade de vida⁸, porém, quando estas são escassas, podem afetar negativamente as pessoas idosas cuidadoras e gerar sintomas depressivos, falta de interação social e dificuldade de cuidar de sua própria saúde⁹. Em vista disso, faz-se necessário realizar constantemente pesquisas relacionadas a esta temática.

Evidências na literatura sugerem que o apoio social pode otimizar a qualidade de vida, com a redução dos sentimentos negativos e solidão¹⁰, melhora no desempenho cognitivo^{11,12}, com melhores efeitos quando o suporte é proveniente da família quando comparados a amigos e outras pessoas¹³.

Diante do exposto, tanto a literatura nacional quanto a internacional demonstraram que o apoio social está associado a uma percepção positiva sobre qualidade de vida entre as pessoas idosas. Entretanto, não foram localizados na literatura estudos que investigaram o apoio social e a

qualidade de vida de pessoas idosas cuidadoras e receptoras de cuidado simultaneamente, o que justifica a realização desta pesquisa.

Assim, compreender a conjuntura existente entre essas variáveis nesse público-alvo mostra-se pertinente, principalmente diante de um contexto de alta vulnerabilidade social, onde a privação de recursos poderia impactar de maneira negativa a qualidade de vida e o apoio social dos envolvidos¹⁴. O objetivo deste estudo foi comparar a qualidade de vida e o apoio social entre pessoas idosas cuidadoras e receptoras de cuidado.

Como hipótese, postula-se que pessoas idosas cuidadoras tenham menor apoio social percebido e melhor percepção de qualidade de vida quando comparadas às receptoras de cuidado.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa observacional, transversal, quantitativa, realizada por meio de dados provenientes da pesquisa “Fatores associados à má qualidade do sono de idosos cuidadores”. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (parecer nº 3.275.704, 22/04/2019) e está de acordo com as Resoluções nº 466/2012. A participação foi voluntária e todos os participantes do estudo leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

O estudo foi desenvolvido no período de julho de 2019 a março de 2020, com pessoas idosas atendidas em cinco Unidades de Saúde da Família (USFs) - situadas em áreas de alta vulnerabilidade social, conforme o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS), de um município do interior paulista.

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

setores rurais)¹⁵. No ano de 2019 o município de São Carlos possuía 9 USF localizadas em áreas de alta vulnerabilidade social (IPVS= 5). Das 9 USF, 5 aceitaram participar do estudo.

A amostra foi composta por todas as pessoas que atenderam os seguintes critérios de inclusão: possuir 60 anos de idade ou mais; morar com outra pessoa idosa no mesmo domicílio; ser encontrado pelos pesquisadores no domicílio diante de, no máximo, três tentativas que serão realizadas em dias e horários distintos; residir na área de abrangência da USF, verificada pelo endereço informado pelos profissionais da USF. Para a composição do grupo de cuidadores, levou-se em consideração: ser o principal cuidador da pessoa idosa; desempenhar informalmente a tarefa de cuidar; ser familiar da pessoa idosa receptora de cuidado, que era dependente para pelo menos uma atividade básica de vida diária (ABVD), avaliada pelo Índice de Katz^{16,17} ou atividade instrumental de vida diária (AIVD), avaliada pela Escala de Lawton e Brody^{18,19}. Os critérios de exclusão adotados foram: graves déficit de fala e/ou audição, percebidos no momento da coleta de dados, que pudessem dificultar ou impedir a comunicação durante a aplicação dos instrumentos propostos; não apresentar na totalidade os dados relativos às variáveis de interesse.

A amostra foi selecionada a partir de um total de 168 domicílios listados pelos profissionais das cinco USFs, os quais eram compostos por duas pessoas idosas. Todos foram visitados. Dentre eles, 49 não aceitaram participar do estudo, 32 não foram encontrados pelos pesquisadores após três tentativas em dias e horários distintos, 18 não residiam mais no endereço informado, três óbitos e um dos domicílios apresentava pessoas idosas independentes para ABVD e AIVD. Participaram da coleta de dados a dupla de pessoas idosas dos 65 domicílios visitados. Entretanto, após análise do banco de dados, nove duplas de pessoas idosas foram excluídas, pois não apresentaram todos os dados das variáveis de interesse. Desse modo, a amostra final deste estudo foi composta por 56 pessoas idosas cuidadoras e 56 receptoras de cuidados.

A entrevista aconteceu na residência das pessoas idosas, individualmente, em sessão única e em espaço

disponibilizado por elas, com duração média de duas horas. Oito estudantes de graduação e pós-graduação, previamente treinados, realizaram a coleta de dados.

As variáveis de interesse foram investigadas por meio das seguintes medidas:

- Caracterização sociodemográfica e de saúde das pessoas idosas: sexo (feminino ou masculino), idade (em anos), situação conjugal (com companheiro ou sem companheiro), escolaridade (em anos), raça (parda, branca, preta, amarela ou indígena), renda familiar e individual (em reais), aposentadoria (sim ou não), trabalho atual (sim ou não), considera a renda suficiente (sim ou não), plano particular de saúde (sim ou não), multimorbidades (sim ou não), número de medicamentos em uso, queda e internações no último ano (sim ou não), prática de atividade física (sim ou não), consumo de bebida alcoólica (sim ou não) e consumo de tabaco (sim ou não).
- Caracterização do contexto de cuidado: grau de parentesco com a pessoa idosa cuidada (cônjuge, pai/mãe, sogro(a), irmão(ã) ou outro), há quanto tempo o cuidado é exercido (em anos), quantas horas e dias na semana são destinados a esse cuidado, se realizou algum curso preparatório para cuidar de uma pessoa idosa (sim ou não), se recebe ajuda para a tarefa de cuidar (sim ou não).
- Capacidade funcional em ABVD: avaliada pelo Índice de Katz^{16,17} que analisa a capacidade de realizar atividades básicas como banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação. Ao término, o entrevistador verifica em quantas atividades o idoso é independente e em quantas atividades ele se mostra dependente. Para cada item o indivíduo relata independência (1 ponto) ou dependência (zero). O escore final varia de zero a seis pontos. Para efeitos de análise, foi considerado o escore 6 pontos como independente e ≤ 5 pontos como dependente.
- Capacidade funcional em AIVD: avaliada pela Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton e Brody^{18,19}, que mensura o grau de dependência no desempenho das atividades instrumentais como limpeza, controle financeiro,

uso do telefone, gerenciamento de medicamentos, meio de transporte, fazer compras e preparar refeições. Ao final, soma-se a pontuação obtida, a qual pode variar entre 7 e 21 pontos. Para fins de análise, um escore de 21 pontos foi considerado indicativo de independência e um escore de 7 a 20 pontos foi considerado indicativo de dependência.

- Apoio social: avaliado pela Escala de Apoio Social do *Medical Outcomes Study*, composta por 19 itens, a qual compreende cinco dimensões funcionais de apoio social: material; afetivo; emocional; interação social positiva e informação. Para cada item, o participante deve indicar com que frequência considera disponível cada tipo de apoio segundo as opções (“nunca” a “sempre”). Os valores serão padronizados em uma escala que pode variar entre 20 e 100 pontos – os escores mais elevados significam melhores condições de apoio social²⁰.
- Qualidade de vida: avaliada por questionários propostos pela Organização Mundial da Saúde – WHOQOL-*bref*²¹ e WHOQOL-*old*. O WHOQOL-*bref*²² é composto por 26 questões, dessas duas são de domínio geral e as demais representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original de qualidade de vida. Os domínios avaliados (Físico, Meio ambiente, Relações Sociais e Psicológico) são compostos por questões, cujas pontuações das respostas variam entre um e cinco. Os escores finais de cada domínio são calculados por sintaxe, que quantificam a qualidade de vida global e os domínios da qualidade de vida em escores que variam de 0 a 100, sendo 100 pontos, a melhor condição. O questionário WHOQOL-*old* é composto por 24 questões, divididos em seis domínios: Funcionamento sensorial; Autonomia; Atividades passadas, presentes e futuras; Participação social; Morte e morrer; Intimidade. A pontuação desse questionário também segue a sintaxe proposta pelo grupo WHOQOL^{21,22}. A qualidade de vida foi considerada a variável dependente deste estudo.

Na análise descritiva dos dados foram estimadas distribuições de frequências, medianas, médias e

desvio padrão para as variáveis numéricas do estudo. Para as variáveis categóricas, foram estimadas as proporções. Utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov para testar a normalidade das variáveis e constatada a distribuição não paramétrica. As diferenças entre os grupos foram estimadas por meio dos testes de qui-quadrado de Pearson e Mann-Whitney. A análise de correlação entre o escore de qualidade de vida e de apoio social foi feita pelo teste de correlação de Spearman. A magnitude da correlação foi classificada como fraca ($<0,30$); moderada ($0,30$ a $0,59$); forte ($0,60$ a $0,99$) e perfeita ($1,0$)²³. Adotou-se o nível de significância de 5%.

RESULTADOS

A amostra deste estudo foi constituída por 56 pessoas idosas cuidadoras e 56 pessoas idosas receptoras de cuidados. A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos participantes. Em geral, a amostra foi composta por mulheres, com idade entre 60 e 74 anos, baixa escolaridade e situação conjugal com companheiro.

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

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

Quanto à rede de apoio social, o número médio de integrantes da rede das pessoas idosas cuidadoras era de $10,0 \pm 14,1$ membros, com mediana de 5,5 pessoas. Para as pessoas idosas que recebiam o cuidado, havia em média $16,4 \pm 34,0$ integrantes, com mediana de 5,0 pessoas. Não houve relação estatisticamente significativa entre a quantidade de integrantes das redes de apoio social dos participantes ($p=0,905$).

A Tabela 3 mostra a comparação entre o apoio social das pessoas idosas cuidadoras e das receptoras de cuidado.

Observou-se que pessoas idosas cuidadoras têm menores escores de apoio material quando comparadas às pessoas idosas receptoras de cuidado ($p=0,004$).

A diferença da percepção da qualidade de vida das pessoas idosas cuidadoras e das receptoras de cuidados está presente na Tabela 4.

Identificou-se relação estatisticamente significativa entre o Domínio Físico da escala de qualidade de vida entre os participantes, ou seja, pessoas idosas cuidadoras apresentaram melhor percepção nesse domínio quando comparadas às receptoras de cuidado ($p=0,002$).

A Tabela 5 apresenta a correlação entre qualidade de vida e apoio social das pessoas idosas cuidadoras.

Observou-se correlação direta e moderada entre apoio social e qualidade de vida de pessoas idosas cuidadoras, ou seja, quanto maior for a pontuação obtida na escala de apoio social, maior também será a pontuação na escala de qualidade de vida.

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

| Variáveis | Cuidador | Receptor de cuidado | <i>p</i> -valor |
|--------------------------|-----------|---------------------|-----------------|
| | n (%) | n (%) | |
| Idade | | | 0,257# |
| 60-74 anos | 46 (82,1) | 41 (73,2) | |
| 75 anos ou mais | 10 (17,9) | 15 (26,8) | |
| Sexo | | | 0,705# |
| Feminino | 31 (55,4) | 29 (51,8) | |
| Masculino | 25 (44,6) | 27 (48,2) | |
| Escolaridade | | | 0,622# |
| 0-4 anos | 45 (80,4) | 47 (83,9) | |
| 5 anos ou mais | 11 (19,6) | 9 (16,1) | |
| Situação conjugal | | | 0,499# |
| Com companheiro | 53 (94,6) | 51 (91,1) | |
| Sem companheiro | 3 (5,4) | 5 (8,9) | |
| Raça | | | 0,535# |
| Parda | 28 (50,0) | 24 (42,9) | |
| Branca | 19 (33,9) | 20 (35,7) | |
| Preta | 6 (10,7) | 11 (19,6) | |
| Amarela | 2 (3,6) | 1 (1,8) | |
| Indígena | 1 (1,8) | 0 (0,0) | |
| Trabalho atual | | | 0,001# |
| Não | 42 (75,0) | 54 (96,4) | |
| Sim | 14 (25,0) | 2 (3,6) | |
| Aposentadoria | | | 0,065# |
| Não | 16 (28,6) | 8 (14,3) | |
| Sim | 40 (71,4) | 48 (85,7) | |
| Renda pessoal* | | | 0,847# |
| 0-1 salário mínimo | 27 (50,0) | 28 (51,9) | |
| Mais de 1 salário mínimo | 27 (50,0) | 26 (48,1) | |
| Renda familiar* | | | 0,801# |
| 0-1 salário mínimo | 6 (11,1) | 5 (9,6) | |
| Mais de 1 salário mínimo | 48 (88,9) | 47 (90,4) | |
| Renda suficiente | | | 0,848# |
| Não | 33 (58,9) | 32 (57,1) | |
| Sim | 23 (41,1) | 24 (42,9) | |

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020. DP = Desvio Padrão; #Qui-Quadrado; *Alguns participantes não responderam.

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

| Variáveis | Cuidador | | Receptor de cuidado | | <i>p</i> -valor |
|------------------------------|-----------|--|---------------------|--|-----------------|
| | n (%) | | n (%) | | |
| Polifarmácia | 38 (67,9) | | 28 (50,9) | | 0,069# |
| Não (0-4medicamentos) | 18 (32,1) | | 27 (49,1) | | |
| Sim (5 ou mais medicamentos) | | | | | |
| Plano de saúde | | | | | 0,768# |
| Não | 49 (87,5) | | 50 (89,3) | | |
| Sim | 07 (12,5) | | 6 (10,7) | | |
| Multimorbidade | | | | | 0,558# |
| Não | 2 (3,6) | | 1 (1,8) | | |
| Sim | 54 (96,4) | | 55 (98,2) | | |
| Capacidade funcional em ABVD | | | | | 0,031# |
| Independente | 41 (73,2) | | 30 (53,6) | | |
| Dependente | 15 (26,8) | | 26 (46,4) | | |
| Capacidade funcional em AIVD | | | | | <0,001# |
| Independente | 21 (37,5) | | 1 (1,8) | | |
| Dependente | 35 (62,5) | | 55 (98,2) | | |
| Quedas último ano | | | | | 0,425# |
| Não | 35 (62,5) | | 39 (69,6) | | |
| Sim | 21 (37,5) | | 17 (30,4) | | |
| Internação último ano | | | | | 1,000# |
| Não | 46 (82,1) | | 46 (82,1) | | |
| Sim | 10 (17,9) | | 10 (17,9) | | |
| Pratica atividade física | | | | | 0,403# |
| Não | 42 (75,0) | | 38 (67,9) | | |
| Sim | 14 (25,0) | | 18 (32,1) | | |
| Etilismo | | | | | 0,607# |
| Não | 46 (82,1) | | 48 (85,7) | | |
| Sim | 10 (17,9) | | 8 (14,3) | | |
| Tabagismo | | | | | 0,450# |
| Não | 45 (80,4) | | 48 (85,7) | | |
| Sim | 11 (19,6) | | 8 (14,3) | | |

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020. DP = Desvio Padrão; #Qui-Quadrado.

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

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

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

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

| Domínios do WHOQOL-bref | Cuidador | | Receptor de cuidado | | <i>p</i> -valor* |
|-------------------------|---------------|---------|---------------------|---------|------------------|
| | Média (DP) | Mediana | Média (DP) | Mediana | |
| Físico | 64,16 (13,97) | 64,29 | 54,97 (16,66) | 53,57 | 0,002 |
| Meio ambiente | 55,02 (14,31) | 56,25 | 55,58 (13,29) | 56,25 | 0,581 |
| Relações sociais | 66,07 (17,56) | 70,83 | 64,66 (17,21) | 66,67 | 0,577 |
| Psicológico | 61,90 (15,06) | 62,50 | 67,71 (18,47) | 70,84 | 0,075 |
| Escore Total | 61,79 (11,37) | 62,75 | 60,73 (12,31) | 60,75 | 0,434 |

| Domínios do WHOQOL-old | Cuidador | | Receptor de Cuidado | | <i>p</i> -valor* |
|--|---------------|---------|---------------------|---------|------------------|
| | Média (DP) | Mediana | Média (DP) | Mediana | |
| Funcionamento sensorial | 69,20 (25,36) | 75,00 | 67,08 (23,88) | 75,00 | 0,538 |
| Autonomia | 58,26 (20,92) | 59,38 | 55,92 (17,61) | 56,25 | 0,391 |
| Atividades passadas, presentes e futuras | 61,72 (18,19) | 62,50 | 61,38 (15,41) | 62,50 | 0,701 |
| Participação social | 64,17 (17,13) | 68,75 | 61,05 (16,47) | 62,50 | 0,243 |
| Morte e morrer | 67,97 (24,34) | 75,00 | 64,06 (26,28) | 75,00 | 0,418 |
| Intimidade | 66,63 (19,95) | 68,75 | 68,42 (21,23) | 75,00 | 0,393 |
| Escore Total | 71,73 (11,86) | 73,75 | 70,39 (10,07) | 69,17 | 0,303 |

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

Tabela 5. Análise de correlação entre qualidade de vida e apoio social de pessoas idosas cuidadoras (N=56). São Carlos, SP, 2019-2020.

| Domínios de QV | Apoio Material | | Apoio Afetivo | | Apoio Emocional | | Apoio Int. Social Posit. | | Apoio Informação | | Escore total de apoio social | |
|--|----------------|-------|---------------|--------|-----------------|-------|--------------------------|-------|------------------|-------|------------------------------|--------|
| | Rho | p* | Rho | p* | Rho | p* | Rho | p* | Rho | p* | Rho | p* |
| Físico | 0,207 | 0,125 | 0,026 | 0,850 | 0,050 | 0,716 | 0,147 | 0,278 | 0,085 | 0,532 | 0,130 | 0,340 |
| Meio ambiente | 0,324 | 0,015 | 0,250 | 0,063 | 0,298 | 0,026 | 0,282 | 0,035 | 0,389 | 0,003 | 0,366 | 0,005 |
| Relações socais | 0,341 | 0,010 | 0,268 | 0,046 | 0,251 | 0,062 | 0,389 | 0,003 | 0,182 | 0,180 | 0,388 | 0,011 |
| Psicológico | 0,287 | 0,032 | 0,313 | 0,019 | 0,232 | 0,085 | 0,423 | 0,001 | 0,236 | 0,080 | 0,370 | 0,005 |
| QV Total Bref | 0,141 | 0,137 | 0,261 | 0,050 | 0,252 | 0,007 | 0,317 | 0,001 | 0,294 | 0,002 | 0,340 | <0,001 |
| Funcionamento sensorial | 0,444 | 0,001 | 0,456 | <0,001 | 0,425 | 0,001 | 0,343 | 0,010 | 0,247 | 0,066 | 0,428 | 0,001 |
| Autonomia | 0,306 | 0,022 | 0,194 | 0,152 | 0,265 | 0,048 | 0,135 | 0,321 | 0,292 | 0,029 | 0,298 | 0,026 |
| Atividades passadas, presentes e futuras | 0,255 | 0,057 | 0,256 | 0,057 | 0,390 | 0,003 | 0,224 | 0,098 | 0,248 | 0,065 | 0,344 | 0,009 |
| Participação social | 0,238 | 0,078 | 0,196 | 0,148 | 0,100 | 0,462 | 0,100 | 0,465 | 0,201 | 0,138 | 0,176 | 0,195 |
| Morte e morrer | -0,061 | 0,656 | 0,024 | 0,863 | 0,106 | 0,438 | 0,169 | 0,214 | 0,013 | 0,924 | 0,070 | 0,607 |
| Intimidade | 0,327 | 0,014 | 0,336 | 0,011 | 0,324 | 0,015 | 0,245 | 0,069 | 0,233 | 0,083 | 0,342 | 0,010 |
| QV Tot. (Old) | 0,348 | 0,009 | 0,323 | 0,015 | 0,407 | 0,002 | 0,321 | 0,016 | 0,267 | 0,046 | 0,402 | 0,002 |

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

QV = Qualidade de Vida; Apoio Int. Social Posit. = Apoio Interação Social Positiva; QV Tot. (Old) = Escore total de qualidade de vida referente ao WHOQOL-OLD. *Coeficiente de Correlação de Spearman.

DISCUSSÃO

Este estudo comparou a qualidade de vida e o apoio social entre pessoas idosas cuidadoras e receptoras de cuidado. Pessoas idosas cuidadoras têm menores escores de apoio material e melhor percepção no domínio físico da escala de qualidade de vida quando comparadas às pessoas idosas receptoras de cuidado.

Em relação à rede de suporte social das pessoas idosas, observou-se que havia uma quantidade média mínima de dez integrantes para os cuidadores e dezesseis para os receptores de cuidados. Um estudo brasileiro realizado com 85 pessoas idosas cuidadoras e 84 não cuidadoras atendidas em USF de um município do interior paulista identificou que a média de membros na rede de suporte social foi maior entre os não cuidadores²⁴.

O apoio social é um determinante do envelhecimento saudável²⁵, as redes de suporte informal concretizam as relações sociais, na interação e no suporte afetivo, instrumental e material, possibilitando a promoção da saúde e qualidade de vida as pessoas idosas. Entre os que possuem menos recursos financeiros e em contextos de vulnerabilidade social, esse tipo de ajuda é ainda mais necessário, visto que, em condições de agravos de saúde e dificuldades de acesso à medicação e tratamentos, podem se tornar mais dependentes de uma rede de apoio informal²⁶, onde as pessoas tendem a se ajudar diante das inúmeras dificuldades que podem enfrentar no cotidiano²⁴.

No presente estudo, pessoas idosas cuidadoras tiveram menor escore de apoio material em comparação às pessoas idosas receptoras de cuidados. Estudo transversal desenvolvido em Minas Gerais, com 962 pessoas idosas da comunidade identificou que o maior escore para o suporte social também foi à dimensão de apoio material²⁷. O apoio material está relacionado ao suporte físico voltado para serviços práticos e recursos materiais, como a realização de atividades de vida diária, por exemplo. O fato de as pessoas idosas receptoras de cuidados receberem maior apoio material em relação às cuidadoras deve ser analisado sob a ótica da demanda. As pessoas idosas que necessitam de cuidados geralmente

apresentam limitações funcionais, o que as torna mais dependentes de outras pessoas e com maior demanda. Assim, recebem mais apoio material porque apresentam maiores necessidades²⁸.

Nesta pesquisa, identificou-se que pessoas idosas cuidadoras têm melhor percepção no domínio físico da escala de qualidade de vida quando comparadas às receptoras de cuidado. Uma investigação brasileira realizada em um município do Rio Grande do Sul com 100 pessoas idosas de 80 anos ou mais e seus cuidadores familiares (média de idade de 50,63±14,53 anos) buscou avaliar a qualidade de vida dos participantes. Em relação ao domínio físico da qualidade de vida, os resultados mostraram que pessoas idosas receptoras de cuidados tiveram menor média nesse domínio (51,76) quando comparadas aos cuidadores (82,61)²⁹.

O domínio físico da qualidade de vida relaciona-se a diversas facetas, como dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; e capacidade de trabalho²¹. Como a qualidade de vida envolve um conceito subjetivo e depende da sensação de bem-estar e do grau de satisfação das pessoas para com a própria vida, acredita-se que pessoas idosas receptoras de cuidados tenham uma visão pejorativa do componente físico diante da falta de autonomia e da dependência do cuidador para com alguns afazeres diários, o que pode gerar um sentimento negativo, estressante e de insatisfação que conduz à baixa qualidade de vida³⁰.

Neste estudo houve correlação direta e moderada entre apoio social e qualidade de vida de pessoas idosas cuidadoras. A literatura mostra que a importância do suporte social aumenta na velhice e é um preditor de melhorias no bem-estar e qualidade de vida de cuidadores³¹.

Um estudo realizado no Brasil com 148 pessoas idosas cuidadoras de outras pessoas idosas identificou que aquelas com melhor qualidade de vida percebida eram os participantes que avaliaram satisfatoriamente o apoio emocional recebido de familiares. Os autores revelaram que a satisfação com o apoio emocional pode influenciar direta e positivamente a percepção de ônus relativa ao cuidado, variável fortemente relacionada à qualidade de vida³².

Nesse sentido, a literatura aponta que a escassez e/ou a insuficiência de apoio social podem levar o cuidador à sobrecarga e ao estresse, o que culminaria em menor capacidade de resposta a estressores físicos e emocionais, autopercepção de saúde comprometida e, conseqüentemente, pior qualidade de vida^{32,33}. Outro potencial aspecto que pode trazer a percepção de qualidade de vida ruim é o despreparo para desempenhar a tarefa de cuidar, pois muitos cuidadores têm o senso de autoeficácia diminuído³³.

A redução dos contatos sociais e familiares podem acontecer ao longo do processo do envelhecimento e levar ao isolamento social, especialmente quando se trata de contextos de alta vulnerabilidade social. A escassez de apoio social advinda da insuficiência familiar (reconhecida síndrome geriátrica que pode se originar diante de relacionamentos conflituosos ao longo da vida) pode fazer com que as pessoas idosas se tornem mais dependentes do apoio dos profissionais da APS, gerando aumento da demanda. Por outro lado, a proximidade da pessoa idosa com os profissionais de saúde pode ser útil para minimizar o impacto da vulnerabilidade social a qual está exposta³⁴.

Ao se pensar no contexto de alta vulnerabilidade social, marcado pela insuficiência de recursos de qualquer natureza, e na assistência prestada às pessoas idosas no âmbito da APS, torna-se imperativo que os profissionais de saúde ofereçam uma assistência pautada em ações assertivas e individualizadas, fundamentada nas necessidades reais da pessoa idosa, centrada no indivíduo integrado à família e à comunidade. Levar em consideração as singularidades da população idosa, realizar um acolhimento humanizado e integral, exercitar a escuta qualificada e a empatia podem ser úteis no sucesso da resolutividade de cada caso³⁴.

Esta pesquisa apresentou algumas limitações. Em decorrência da escassez de estudos realizados com pessoas idosas cuidadoras e seus respectivos receptores de cuidados, houve dificuldade em comparar os achados obtidos no presente estudo tanto com a literatura nacional quanto internacional. Ademais, tais achados não podem ser generalizados em virtude de a amostra ser reduzida e bastante específica. Outra limitação refere-se à composição da amostra, uma vez que pessoas idosas de apenas

um terço dos domicílios indicados pelos profissionais das unidades de saúde compuseram a amostra do presente estudo. Devido ao desenho transversal, não se pode atribuir relação de causa e efeito entre as variáveis estudadas. Por fim, os dados obtidos podem não ser precisos em virtude de terem sido coletados por meio de autorrelato, apesar da literatura já mostrar o potencial dessas medidas³⁵. Frente ao exposto, sugere-se que futuros estudos de caráter longitudinal sejam realizados e que contemplem pessoas idosas inseridas em diferentes contextos de vulnerabilidade social.

CONCLUSÃO

Pessoas idosas cuidadoras apresentaram menores escores de apoio material e melhor percepção do domínio físico da escala de qualidade de vida em comparação às receptoras de cuidado. Tais achados contribuem como um sinal de alerta para os profissionais de saúde sobre a necessidade de avaliação tanto do apoio social quanto da qualidade de vida de pessoas idosas, a fim de que intervenções individualizadas sejam oferecidas a essas pessoas.

Identificar os membros significativos da rede de apoio social dos cuidadores faz-se de suma importância, uma vez que são essas pessoas que poderão dar o apoio necessário diante de uma situação inesperada com a pessoa idosa receptora de cuidados. Para além, inserir esses cuidadores em atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos, como por exemplo, grupos de caminhada, alongamento, de atividades manuais, oficinas voltadas para a educação em saúde e para o cuidado, podem ser úteis no sentido de ampliar a quantidade de relacionamentos significativos e, assim, melhorar a qualidade de vida de todos os envolvidos.

Ressalta-se também a importância de os profissionais da Atenção Primária à Saúde se qualificarem continuamente para o oferecimento de suporte adequado aos cuidadores familiares, pois estes frequentemente apresentam dúvidas relativas ao manejo do cuidado e carecem de orientações específicas. Ações assertivas relacionadas ao apoio social podem ser úteis para melhorar a qualidade de vida dessa diáde. Ademais, políticas públicas

podem ser pensadas em relação ao idoso cuidador no contexto da Atenção Primária em Saúde.

AUTORIA

Mayara M. Yazawa - Escrita - Primeira Redação e Metodologia; Ana C. Ottaviani - Escrita - Revisão e

Edição; Ana L.S. Silva - Escrita - Primeira Redação e Metodologia; Keika Inouye - Análise Formal e Escrita - Revisão e Edição; Tábatta R.P. Brito - Escrita - Revisão e Edição; Ariene A. Santos-Orlandi - Administração do Projeto, Metodologia, Obtenção de Financiamento e Escrita - Revisão e Edição.

Editado por: Maria Luiza Diniz de Sousa Lopes

11 de 12

REFERÊNCIAS

- Nunes DP, Brito TRP, Corona LP, Alexandre TS, Duarte YAO. Elderly and caregiver demand: proposal for a care need classification. *Rev. Bras. Enferm.* 2018; 71(2):844-50.
- Diniz MAA, Melo BRS, Neri KH, Casemiro FG, Figueiredo LC, Gaioli CCLO et al. Comparative study between formal and informal caregivers of older adults. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(11):3789-98.
- Tomomitsu MRSV, Perracini MR, Neri AL. Fatores associados à satisfação com a vida em idosos cuidadores e não cuidadores. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014; 19(8):3429-40.
- Rossetti ES, Terassi M, Ottaviani AC, Santos-Orlandi AA, Pavarini SCI, Zazzetta MS. Frailty, depressive symptoms and overload of elderly caregivers in a context of high social vulnerability. *Texto Contexto Enferm.* 2018; 27(3):p.e3590016.
- Guedes MBOG, Lima KC, Caldas CP, Veras RP. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. *Physis.* 2017; 27(4):1185-204.
- Santos-Orlandi AA, Brigola AG, Ottaviani AC, Luchesi BM, Souza EM, Moura FG et al. Elderly caregivers of the elderly: frailty, loneliness and depressive symptoms. *Rev. Bras. Enferm.* 2019; 72(2):88-96.
- Oliveira JF, Delfino LL, Batistoni SST, Neri AL, Cachioni M. Quality of life of elderly people who care for other elderly people with neurological diseases. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2018; 21(4):440-51.
- Fidalgo AR, Landim LFS, Melo DM. Suporte social e qualidade de vida no envelhecimento: uma revisão sistemática. *Estaç. Cient.* 2018; 19:1-19.
- Albuquerque FKO, Farias APEC, Montenegro CS, Lima NKF, Gerbasi HCLM. Quality of life of caregivers of the elderly: na integrative review. *Enferm. Atual.* 2019; 87(25):1-9.
- Sousa CMS, Coelho JLG, Santana WJ, Luna CA, Brito ARO, Sousa AAS et al. Qualidade de vida dos idosos que participam das atividades realizadas no centro de referência de assistência social (CRAS). *Braz. J. of Develop.* 2020; 6(10):74715-24.
- Coelho FF, Michel RB. Associação entre cognição, suporte social e qualidade de vida de idosos atendidos em uma unidade de saúde de Curitiba/PR. *Ciênc. Cogn.* 2018; 23(1):54-62.
- Chruściel P, Dobrowolska B. The correlation between social support and quality of life of seniors without cognitive disorders from an institutional environment—A descriptive cross-sectional survey. *Healthcare.* 2020; 8(3):212-23.
- Moghadam K, Mansour-Ghanaei R; Esmailpour-Bandboni M, Atrkar-Roshan Z. Investigating the relationship between social support and quality of life in the elderly. *J. Edu. Health Promot.* 2020; 9(1):215-9.
- Araújo Júnior FB, Machado ITJ, Santos-Orlandi AA, Pergola-Marconato AM, Pavarini SCI, Zazzetta MS. Frailty, profile and cognition of elderly residents in a highly socially vulnerability área. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2019; 24(8):3047-55.
- Fundação Seade. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social. [Internet]. São Paulo, SP: Fundação Seade; 2010 [acesso em 27 jan 2023]. Disponível em: <http://ipvs.seade.gov.br/view/index.php>
- Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Filho STR, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(1):103-12.
- Katz S; Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *J. Am. Med. Assoc.* 1963; 185(12):914-9.

18. Santos RL, Virtuoso Junior JS. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *Rev. Bras. Promoç. Saúde.* 2008; 21(4):290-6.
19. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969; 9(3):179-86.
20. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck G, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2005; 21:703-14.
21. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev. Saúde Pública.* 2000; 34(2):178-83.
22. Fleck M, Chachamovich E, Trentini CM. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev. Saúde Pública.* 2006; 40(5):785-91.
23. Levin J, Fox JA. *Estatística para ciências humanas.* 11ed. São Paulo: Prentice-Hall; 2012.
24. Pavarini SCI, Ottaviani AC, Bregola AG, Fraga FJ, Chagas MHN, Oliveira NA et al. Association between perceived social support and better cognitive performance among caregivers and non-caregivers. *Rev. Bras. Enferm.* 2021; 74(2):e20200329.
25. Trintinaglia V, Bonamigo AW, Azambuja MS. Políticas Públicas de Saúde para o Envelhecimento Saudável na América Latina: uma revisão integrativa. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2021; 34:11762.
26. Sant' Ana LAJ, D'Elboux MJ. Suporte social e expectativa de cuidado de idosos: associação com variáveis socioeconômicas, saúde e funcionalidade. *Saúde debate.* 2019; 43(121):503-519.
27. Tavares DMS, Oliveira NGN, Ferreira PCS. Apoio social e condições de saúde de idosos brasileiros da comunidade. *Cienc. enferm.* 2020; 26:9.
28. Brito TRP, Nunes DP, Duarte YAO, Lebrão ML. Social network and older people's functionality: Health, Well-being, and Aging (SABE) study evidences. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2018; 21(2):e180003.
29. Gonçalves LTH, Leite MT, Hildebrandt LM, Bisogno SC, Biasuz S, Falcade BL. Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2013; 16:315-25.
30. Dias EM; Pais-Ribeiro JL. Qualidade de vida: comparação entre idosos de uma comunidade brasileira e idosos institucionalizados. *Rev. Kairós.* 2018; 21(1):37-54.
31. Lindt N, Van Berkel J, Mulder BC. Determinants of overburdening among informal carers: a systematic review. *BMC Geriatr.* 2020; 20(1):304.
32. Rosas C, Neri AL. Quality of life, burden, family emotional support: a model for older adults who are caregivers. *Rev. Bras. Enferm.* 2019; 72(2):172-84.
33. Hsu T, Nathwani N, Loscalzo M, Chung V, Chao J, Karanes C et al. Understanding caregiver quality of life in caregivers of hospitalized older adults with cancer. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2019; 67(5):978-86.
34. Cabral R, Dellaroza MSG, Carvalho BG, Zani AV. O cuidado da pessoa idosa na atenção primária à saúde sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cienc Cuid Saude.* 2019;18(2):e45026.
35. Faudzi FNM, Armitage CJ, Bryant C, Brown IJE. A Systematic Review of the Psychometric Properties of Self-Report Measures of Attitudes to Aging. *Research on Aging.* 2019;41(6):549-574.