UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

CINTIA HITOMI YAMASHITA

**O IMPACTO DO CUIDADO EM FAMÍLIAS DE PACIENTES COM INCAPACIDADES E
DEPENDÊNCIA EM DIFERENTES CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE**

SÃO PAULO

2019

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

CINTIA HITOMI YAMASHITA

**O IMPACTO DO CUIDADO EM FAMÍLIAS DE PACIENTES COM INCAPACIDADES E
DEPENDÊNCIA EM DIFERENTES CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE**

Versão corrigida da tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGE da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Amélia de Campos Oliveira

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

São Paulo
2019

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Yamashita, Cintia Hitomi

O impacto do cuidado em famílias de pacientes com incapacidades e dependência em diferentes contextos de vulnerabilidade / Cintia Hitomi Yamashita. --

São Paulo, 2019.

110 p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profª Drª Maria Amélia de Campos Oliveira

Área de concentração: Cuidado em saúde

1. Idosos 2. Declínio funcional
3. Família 4. Cuidadores familiares I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Yamashita, CH. O impacto do cuidado em famílias de pacientes com incapacidades e dependência em diferentes contextos de vulnerabilidade

Aprovada em: ____ / ____ / ____

Banca examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

AGRADECIMENTOS

A meus pais e minha avó materna (*in memoriam*), pelo amor incondicional e incentivo para a busca incessante do conhecimento;

À Professora Maria Amélia de Campos Oliveira, por toda paciência, compreensão e encorajamento para que eu pudesse enfrentar os desafios desta jornada. Esta importante etapa de minha vida só pôde ser concluída graças a seu apoio;

À Professora Yeda de Oliveira Duarte, pelas valiosas contribuições na ocasião do Exame de Qualificação e a disponibilidade em me orientar no delineamento do estudo em outros momentos. Agradeço imensamente pela cessão dos dados do Estudo SABE para este estudo;

À Professora Sofia Iost Pavarini, pelas contribuições durante o Exame de Qualificação, que permitiram o aperfeiçoamento do estudo;

À Professora Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre, pela disponibilidade em analisar os aspectos metodológicos do estudo, o que permitiu decidir sobre os melhores caminhos para a análise;

Às queridas amigas Márcia Satiko - obrigada pela amizade durante todos esses anos, Priscilla Ikefuti – por me entender tão bem e sempre estar disposta a me ajudar, Jaqueline Pirani – pelo incentivo e pelas palavras sempre tão generosas, Sandra Massako – que mesmo distante fisicamente, está sempre ao meu lado, apoiando-me, e ao querido amigo Fábio Kusumoto – irmão que escolhi para a vida;

Às docentes e funcionárias do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP, pelo carinho e palavras de incentivo;

Às funcionárias da Secretaria da Diretoria, pela paciência e apoio; e

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, pela concessão da bolsa de Doutorado (convênio FAPESP/CAPES). Processo FAPESP nº 2014/17821-0.

Yamashita CH. O impacto do cuidado em famílias de pacientes com incapacidades e dependência em diferentes contextos de vulnerabilidade [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019.

RESUMO

Introdução e justificativa: a família é um importante recurso de apoio em caso de adoecimento de um de seus membros. Entretanto, quando o cuidado é realizado no domicílio, há grande impacto no ambiente familiar, o que pode alterar a dinâmica e fortalecer ou fragilizar as relações familiares. **Objetivo:** avaliar o impacto do cuidado em famílias de pacientes com incapacidades e dependência em diferentes contextos de vulnerabilidade. **Método:** pesquisa longitudinal que utilizou dados do Estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento), 2010 e 2015. Os idosos incluídos no estudo foram agrupados em três categorias, de acordo com a dificuldade referida na realização de atividades básicas de vida diária (ABVD): Incidência, Piora e Permanência. Para cada contexto de vulnerabilidade social (baixa e média/alta), foi feita a análise do perfil dos idosos, condição de saúde, dificuldade na realização de ABVD, características da família, rede e apoio social, perfil dos cuidadores, dificuldades enfrentadas e aspectos positivos do cuidado. Foram feitas a análise descritiva dos dados e de regressão logística múltipla hierárquica, para cada grupo de incapacidade funcional, em cada contexto de vulnerabilidade, considerando o peso amostral. Os dados foram analisados utilizando-se o programa Stata versão 15.1 e os resultados foram considerados estatisticamente significativos quando $p < 0,05$. **Resultados:** nos contexto de baixa vulnerabilidade social, 61,06% dos idosos foi classificado no grupo Incidência, 19,41% no grupo Piora e 19,53% no grupo Permanência. Já nos contexto de média a alta vulnerabilidade, 54,58% foi incluído no grupo Incidência, 30,93% no grupo Piora e 14,49% no grupo Permanência. Em ambos os contextos e em todos os grupos de incapacidade predominaram idosos que moravam com os filhos, dividiam o domicílio com uma a duas pessoas, tinham boa percepção quanto à funcionalidade familiar e recebiam auxílio nas tarefas domiciliares. O grupo Piora apresentou maior proporção de

idosos que contava com um cuidador, em ambos os contextos: 37,83% dos idosos em contextos de baixa vulnerabilidade e 53,47% em contextos de média a alta vulnerabilidade. Os grupos Incidência e Permanência, nos contextos de média a alta vulnerabilidade, apresentaram maior proporção de cuidadores que referiram dificuldade elevada no cuidado ao idoso. Nos contextos de vulnerabilidade baixa, predominaram cuidadores que referiram dificuldade baixa nos grupos Incidência e Piora. A satisfação pelo cuidado prestado foi elevada para os grupos Incidência (baixa vulnerabilidade) e Permanência (média a alta vulnerabilidade). Somente o grupo Permanência (baixa vulnerabilidade) apresentou predomínio de cuidadores que referiram baixa satisfação pelo cuidado realizado. Nos contextos de baixa vulnerabilidade, em 2010, a percepção dos cuidadores sobre a funcionalidade familiar foi boa em todos os grupos de incapacidade funcional; já em 2015, a maior parte dos cuidadores avaliou as famílias como disfuncionais. Nos contextos de vulnerabilidade média a alta, em ambos os anos, predominou a boa funcionalidade familiar. As variáveis associadas à incapacidade funcional variaram entre os grupos, entretanto destaca-se a disfunção familiar e a ausência de cuidador, que apresentaram influência na incapacidade funcional do idoso na maior parte dos grupos, em ambos os contextos de vulnerabilidade. **Conclusão:** os aspectos que mais influenciaram a incapacidade funcional variaram entre os grupos de incapacidade e os contextos de vulnerabilidade. Assim, além do perfil do idoso, da família e dos cuidadores, o foco da intervenção deve considerar os recursos disponíveis em determinados contextos de vulnerabilidade social, a fim de reduzir a carga do cuidado de todos os envolvidos no processo.

Palavras-chave: Idosos, Cuidadores, Vulnerabilidade social, Enfermagem

Yamashita CH. The impact of care on families of patients with disabilities and dependence in different contexts of vulnerability [Thesis]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2019.

ABSTRACT

Introduction and justification: The family is an important support resource in case of illness of one of its members. However, when care is provided at home, there is a great impact on the family environment, which can change the dynamics and strengthen or weaken family relationships. **Objective:** To evaluate the impact of care on families of patients with disabilities and dependence in different contexts of vulnerability. **Method:** longitudinal survey using data from the SABE Study (Health, Welfare and Aging), 2010 and 2015. The elderly included in the study were grouped into three categories, according to the difficulty reported in performing basic activities of daily living (BADL): Incidence, Decline and Permanence. For each context of social vulnerability (low and medium/high), an analysis was made of the elderly's profile, health condition, difficulty in performing BADL, family characteristics, social network and support, caregivers' profile, difficulties faced and aspects positive of care. Descriptive data analysis and hierarchical multiple logistic regression were performed for each group of functional disability in each context of vulnerability, considering the sample weight. Data were analyzed using the Stata software version 15.1 and the results were considered statistically significant when $p < 0.05$. **Results:** in the context of low social vulnerability, 61.06% of the elderly were classified in the Incidence group, 19.41% in the Decline group and 19.53% in the Permanence group. In the medium to high vulnerability context, 54.58% was included in the Incidence group, 30.93% in the Decline group and 14.49% in the Permanence group. In both contexts and in all disability groups, elderly people who lived with their children predominated, shared the household with one to two people, had a good perception of family functionality, and were assisted with household tasks. The Decline group had the highest proportion of elderly people with a caregiver in both contexts: 37.83% of the elderly in low vulnerability context and 53.47% in medium to high vulnerability context. The Incidence and Permanence groups, in the medium to high vulnerability context,

presented a higher proportion of caregivers who reported high difficulty in caring for the elderly. In contexts of low vulnerability, predominated caregivers who reported low difficulty in the Incidence and Decline groups. Satisfaction with the care provided was high for the Incidence (low vulnerability) and Permanence (medium to high vulnerability) groups. Only the Permanence group (low vulnerability) showed a predominance of caregivers who reported low satisfaction with the care provided. In low vulnerability context, in 2010, caregivers' perception of family functionality was good in all groups of functional disability; In 2015, most caregivers rated families as dysfunctional. In contexts of medium to high vulnerability, in both years, good family functionality predominated. Variables associated with functional disability varied between groups; however, family dysfunction and the absence of caregivers stand out, which influenced the functional disability of the elderly in most groups, in both contexts of vulnerability. **Conclusion:** the aspects that most influenced functional disability varied between disability groups and vulnerability contexts. Thus, in addition to the profile of the elderly, family and caregivers, the focus of the intervention should consider the resources available in certain contexts of social vulnerability in order to reduce the burden of care.

Key words: Elderly; Caregiver; Social Vulnerability; Nursing.

LISTA DE QUADROS E FIGURA

Quadro 1	Significado da carga do cuidado na enfermidade crônica.	11
Quadro 2	Síntese das características predominantes em cada contexto de vulnerabilidade social, para o grupo Incidência.	68
Quadro 3	Síntese das características predominantes em cada contexto de vulnerabilidade social, para o grupo Piora.	70
Quadro 4	Síntese das características predominantes em cada contexto de vulnerabilidade social, para o grupo Permanência.	71
Figura 1	Blocos temáticos para análise hierárquica	27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos idosos segundo a incapacidade funcional e o contexto de vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2010 e 2015.	29
Tabela 2	Distribuição dos idosos segundo o sexo e a cor, por grupos de incapacidade funcional e contextos de vulnerabilidade. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2010 e 2015.	31
Tabela 3	Distribuição dos idosos segundo a faixa etária, a religião e a presença de companheiro, por grupos de incapacidade funcional, em contextos de baixa vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2010 e 2015.	33
Tabela 4	Distribuição dos idosos segundo a condição de saúde, por grupos de incapacidade funcional, em contextos de baixa vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2010 e 2015.	35
Tabela 5	Distribuição dos idosos segundo a dificuldade referida para realizar atividades básicas de vida diária, por grupos de incapacidade funcional, em contextos de baixa vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2010 e 2015.	37
Tabela 6	Distribuição dos idosos segundo a funcionalidade familiar e o total de integrantes na família, por grupos de incapacidade funcional, em contextos de baixa vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2010 e 2015.	39
Tabela 7	Distribuição dos idosos segundo a presença de cuidador familiar, em contextos de baixa vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2010 e 2015.	40

Tabela 8	Distribuição dos cuidadores familiares segundo o perfil, em contextos de baixa vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2010 e 2015.	 42
Tabela 9	Distribuição dos cuidadores familiares segundo a funcionalidade familiar, em contextos de baixa vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2010 e 2015.	 43
Tabela 10	Distribuição dos cuidadores familiares segundo as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em contextos de baixa vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2015.	 44
Tabela 11	Distribuição dos cuidadores familiares segundo os aspectos positivos do cuidado ao idoso, em contextos de baixa vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2015.	 45
Tabela 12	Aspectos relacionados à incidência de incapacidade funcional em idosos. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2015.	 46
Tabela 13	Aspectos relacionados à piora da capacidade funcional em idosos. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2015.	 47
Tabela 14	Aspectos relacionados à permanência da incapacidade funcional em idosos. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2015.	 48
Tabela 15	Distribuição dos idosos segundo a faixa etária, a religião e a presença de companheiro, por grupos de incapacidade funcional, em contextos de média a alta vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2010 e 2015.	 51
Tabela 16	Distribuição dos idosos segundo a condição de saúde, por grupos de incapacidade funcional, em contextos de média a alta vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP,	 53

2010 e 2015.

Tabela 17	Distribuição dos idosos segundo a dificuldade referida para realização de atividades básicas de vida diária, por grupos de incapacidade funcional, em contextos de média a alta vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2010 e 2015.	55
Tabela 18	Distribuição dos idosos segundo a funcionalidade familiar e o número de integrantes da família, por grupos de incapacidade funcional, em contextos de vulnerabilidade social média a alta. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, 2010 e 2015.	57
Tabela 19	Distribuição dos idosos com incapacidade funcional segundo a presença de cuidador, em contextos de média/alta vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2015.	58
Tabela 20	Distribuição dos cuidadores familiares segundo o perfil, em contextos de média/alta vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2015.	60
Tabela 21	Distribuição dos cuidadores familiares segundo a funcionalidade familiar, em contextos de média/alta vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2015.	61
Tabela 22	Distribuição dos cuidadores familiares segundo as dificuldades enfrentadas no cuidado, em contextos de média/alta vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2015.	62
Tabela 23	Distribuição dos cuidadores familiares segundo os aspectos positivos do cuidado ao idoso, em contextos de média/alta vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2015.	64
Tabela 24	Aspectos relacionados à incidência de incapacidade funcional em idosos, em contextos de média/alta	

	vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2015.	 65
Tabela 25	Aspectos relacionados à piora da capacidade funcional em idosos, em contextos de média/alta vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2015.	 66
Tabela 26	Aspectos relacionados à permanência da incapacidade funcional em idosos, em contextos de média/alta vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2015.	 67

LISTA DE ABREVIATURAS

ABVD	Atividade Básica de Vida Diária
CADI	<i>Carers' Assessment of Difficulties Index</i>
CASI	<i>Carers' Assessment of Satisfaction Index</i>
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DM	Diabetes <i>mellitus</i>
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
IPVS	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
SABE	Saúde, Bem Estar e Envelhecimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	1
1. INTRODUÇÃO	5
1.1 O impacto do declínio funcional do idoso na família	7
1.2 O cuidado em diferentes contextos de vulnerabilidade	12
1.2 A rede e o apoio social no suporte ao cuidado	15
2. OBJETIVOS	18
2.1 Geral	18
2.2 Específicos	18
3. MÉTODO	19
3.1 Tipo de pesquisa	19
3.2 O estudo SABE	19
3.3 População e amostra	20
3.4 Variáveis do estudo	21
3.5. Variável dependente	26
3.6 Análise dos dados	26
3.7. Aspectos éticos	28
4 RESULTADOS	29
4.1 Grupos de incapacidade funcional	29
4.2 Contextos de vulnerabilidade social baixa	32
4.2.1 Perfil dos idosos por grupos de incapacidade funcional	32
4.2.2 Condição de saúde dos idosos, por grupo de incapacidade funcional	34
4.2.3 Características das famílias e apoio social dos idosos, por grupos de incapacidade funcional	38
4.2.4 Perfil dos cuidadores familiares, por grupos de incapacidade funcional	40
4.2.5 Aspectos relacionados à incapacidade funcional nos idosos em contextos de baixa vulnerabilidade social	46
4.3 Contextos de vulnerabilidade social média a alta	50
4.3.1 Perfil dos idosos por grupos de incapacidade funcional	50
4.3.2 Condição de saúde dos idosos por grupos de incapacidade funcional	52
4.3.3 Características das famílias e do apoio social dos idosos, por grupos de incapacidade funcional	56
4.3.4 Perfil dos cuidadores familiares por grupos de incapacidade funcional	58
4.3.5 Aspectos relacionados à incapacidade funcional nos idosos no contexto de média/alta vulnerabilidade social	65
4.4 Síntese: grupos de incapacidade funcional x contexto de vulnerabilidade social...	68
5 DISCUSSÃO	74
6 CONCLUSÕES	88
7 RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM	94
8 REFERÊNCIAS	96
ANEXO I - Blocos temáticos e questões selecionadas do Estudo SABE	103
ANEXO II – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	108

APRESENTAÇÃO

Este estudo tem a finalidade de buscar subsídios para que profissionais de saúde possam atender as necessidades de saúde de pessoas com incapacidades e dependência, seus cuidadores e familiares. A motivação para seu desenvolvimento decorre principalmente das experiências de pesquisas de iniciação científica que realizei durante a Graduação e, mais tarde, no Mestrado, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP).

Iniciei a Graduação em Enfermagem em 2006, tendo concluído o curso em 2009. Durante esse período, tive a oportunidade de participar de três iniciações científicas, duas delas como bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e uma Institucional (USP), todas sob orientação da Prof^a Dr^a Maria Amélia de Campos Oliveira.

Minha primeira experiência na pesquisa foi no projeto *Validação do Índice de Barthel para o contexto brasileiro*, cujo objetivo foi validar um instrumento de avaliação do grau de dependência de idosos atendidos em um Centro de Saúde. Inicialmente conduzido por outra aluna, minha inserção nesse estudo deu-se nas etapas finais. Entretanto, a experiência permitiu o aprendizado na prática das fases de uma pesquisa e pude ter meu primeiro contato com um grupo de pesquisa. Além disso, tive a oportunidade de participar de um evento científico, ao apresentar o trabalho no 17º Simpósio Internacional de Iniciação Científica da Universidade de São Paulo.

No estudo subsequente, pude participar de todas as etapas da pesquisa, desde o desenvolvimento do projeto, a coleta de dados, até sua conclusão. A pesquisa intitulada *Validação de um instrumento de medida de avaliação da rede e do apoio social de cuidadores familiares de pacientes dependentes atendidos por equipes de Saúde da Família* teve o objetivo de validar um instrumento de avaliação da rede e do apoio social de cuidadores de pacientes com algum grau de dependência.

Nessa investigação, além do questionário para caracterização sociodemográfica dos cuidadores, do *Social Support Index*, foram utilizados o *Medical Outcomes Study*, para avaliar a rede social e o apoio social percebido pelo cuidador, e o Índice de Barthel, para avaliação do grau de dependência do paciente. O estudo foi realizado em uma unidade de Estratégia Saúde da Família localizada na zona oeste do município de São Paulo. A coleta de dados foi realizada com 67 cuidadores de pacientes com incapacidades e dependência atendidos pelo serviço, a maior parte mulheres, com idade média de 54 anos, que não recebiam auxílio de outros membros da família para realizar o cuidado. A maioria referiu não receber orientação das equipes de Saúde da Família sobre como cuidar do familiar.

A terceira investigação, *Acesso de cuidadores familiares de pacientes dependentes aos serviços de saúde*, deu continuidade ao estudo anterior e buscou avaliar o acesso dos cuidadores aos serviços de saúde, por meio de um questionário que abordava os tipos de serviços utilizados, a frequência de utilização e o tempo demandado para se dirigir ao serviço. A maior parte dos cuidadores referiu utilizar o serviço de saúde regularmente, demorava cerca de dez minutos para chegar à unidade e referiu estar satisfeito com a própria saúde.

O contato com a pesquisa durante a Graduação foi muito importante para minha formação, pois tive a oportunidade de conhecer e utilizar diversos instrumentos úteis para o planejamento da assistência à saúde de pessoas com limitações funcionais incapacitantes. Também pude desenvolver a sensibilidade para buscar a melhor abordagem para que o usuário pudesse se sentir à vontade para responder questões que poderiam deixá-lo desconfortável.

Em 2011, ingressei no Mestrado, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da EEUSP, ainda sob orientação da Prof^a Maria Amélia de Campos Oliveira.

A dissertação, intitulada *Avaliação da rede e do apoio social de cuidadores familiares de pacientes dependentes*, foi realizada em um serviço de assistência domiciliária localizado na Subprefeitura de Cidade Ademar, na zona sul do município de São Paulo. Um questionário foi usado para a caracterização sociodemográfica e da condição de saúde do cuidador, além de vários instrumentos padronizados de medida: o *Social Support Index*, o *Medical Outcomes Study*, o Genograma e o Índice de Barthel.

Nesse estudo, observei que os cuidadores que relataram possuir maior rede social apresentaram maior percepção de apoio social. Aqueles com menor escolaridade revelaram maior percepção do apoio nas dimensões material, emocional, interação positiva e de informação. Cuidadores que referiram possuir um companheiro apresentaram maior escore médio na dimensão interação positiva que os que não contavam com companheiro e cuidadores de pacientes incontinentes para eliminações intestinais e que necessitavam de ajuda para o banho tiveram maior percepção de apoio na dimensão material.

A utilização do questionário de apoio social permitiu observar que, por se tratar de um instrumento subjetivo, não reflete necessariamente a realidade objetiva e sim a percepção das pessoas sobre suas condições de vida e saúde. Assim, pude constatar a importância de considerar os valores, a cultura, as características do indivíduo, de sua família e o contexto em que vivem, para implementar ações que realmente atendam às necessidades de saúde.

Durante as entrevistas realizadas com os cuidadores para o estudo mencionado, pude perceber que o cuidado a uma pessoa com incapacidade e dependência não afeta somente o indivíduo com limitações funcionais incapacitantes e seu cuidador; a família como um todo é mobilizada. As necessidades de cuidado apresentadas pela pessoa podem inclusive gerar conflitos nas relações familiares. Em alguns casos, a família não é capaz de perceber que o familiar já apresenta dificuldades na realização de atividades de vida diária ou não está preparada para assumir o cuidado em caso de piora súbita.

Em contrapartida, nas situações em que os familiares conseguem se reorganizar sem afetar de maneira negativa a dinâmica da família, mesmo com a mudança repentina em seu cotidiano, as pessoas que auxiliavam o idoso na realização das atividades de vida diária relatavam satisfação no cuidado realizado e haviam encontrado maneiras de superar as dificuldades.

Pude ainda verificar que o número de integrantes que residem no mesmo domicílio não garante a adaptação da família à nova situação em que se encontra. É fundamental considerar a qualidade das relações pois, nos casos de famílias disfuncionais, em que não há apoio mútuo entre seus membros, a possibilidade de mais conflitos e insatisfação gerados pela necessidade de realizar a tarefa de cuidar e a falta de comprometimento com tal atividade é maior que naquelas em que há boa relação entre seus integrantes.

Diante das situações observadas, questioneimei-me sobre o impacto nas relações familiares de quadros de maior dependência do idoso na realização de atividades básicas de vida diária.

Este estudo buscou compreender os aspectos associados ao declínio funcional e sua associação com a dinâmica familiar, segundo a presença de rede e apoio social e o perfil dos cuidadores, dificuldades enfrentadas no cuidado, maneiras de enfrentamento dessas dificuldades, a sobrecarga e os aspectos positivos do cuidado, em diferentes contextos de vulnerabilidade.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Mudanças nos perfis demográfico e epidemiológico da população, em que doenças transmissíveis e carenciais são progressivamente substituídas por agravos não transmissíveis, são um desafio para diversos países no mundo, e particularmente para o Brasil, em que essa transição ocorreu de forma bastante rápida. A transição demográfica, quando ocorre de maneira acelerada, como no caso brasileiro, pode ocasionar aumento da morbimortalidade por condições crônicas, impactando negativamente a qualidade de vida das pessoas e resultando em limitações funcionais, incapacidade e mesmo morte prematura, com consequências negativas para a família, a sociedade e o País⁽¹⁻²⁾.

São inúmeras as discussões sobre a reorganização dos serviços de saúde para responder a necessidades e demandas de saúde de usuários, especialmente os idosos, e adotar estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Uma das maneiras para fazer face a esses problemas é a atuação conjunta entre os diversos setores da saúde e a existência de políticas públicas eficazes para melhorar o acesso aos serviços e ao cuidado direto⁽³⁾. Entretanto, o sistema de saúde ainda prioriza a assistência a condições agudas e eventos agudos decorrentes de condições crônicas, que ocorrem de maneira episódica⁽¹⁾.

Essas questões são importantes devido às consequências que podem trazer, tanto para a saúde da população quanto para o País, nos aspectos econômicos e sociais⁽³⁾. Além disso, o envelhecimento e as DNCT podem levar a incapacidades e dependência, demandando maior atenção dos serviços de saúde. O aumento do número de acidentes e violências também contribui para o crescimento do número de pessoas com incapacidades, principalmente os adultos jovens.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2010, de 110 a 190 milhões de pessoas com idade superior a 15 anos apresentavam alguma dificuldade funcional ou deficiência grave⁽⁴⁾.

Trata-se de um fenômeno complexo que gera custos para os países, pela necessidade de ampliação de programas específicos para esses grupos e pela perda de produtividade, por redução de horas trabalhadas ou pelo abandono do serviço. Além disso, há custos para o próprio indivíduo e suas famílias, que têm gastos adicionais para realizar o cuidado. Afeta também a coletividade que também paga indiretamente pela manutenção de programas e serviços de saúde específicos⁽⁴⁾.

Em 2013, a OMS aprovou o *Relatório Mundial sobre a Deficiência* em que foram enumeradas estratégias para implementar os direitos das pessoas com deficiência. Foi destacado o papel dos cuidadores e a importância que desempenham no apoio a essas pessoas, além de reforçar a necessidade de atenção especial a esse grupo por parte dos diversos serviços⁽⁵⁾.

Historicamente, nos diferentes contextos familiares, o cuidado é realizado pelos membros da família, principalmente as mulheres. Entretanto, as mudanças sociais, econômicas e mesmo culturais que incidiram sobre as sociedades contemporâneas provocaram modificações estruturais nos contextos familiares, alterando o perfil do cuidador⁽⁶⁾.

O cuidado em domicílio de um familiar dependente para a realização de atividades básicas de vida diária (ABVD) ocasiona várias adaptações na rotina e em diversos outros aspectos da vida familiar do responsável pelo cuidado. A realização dessa atividade em tempo integral e sem o auxílio de outras pessoas pode causar isolamento social do cuidador, sobrecarga de trabalho, alteração de sua qualidade de vida e predisposição a doenças, como o estresse e a depressão⁽⁷⁾.

1.1 O impacto do declínio funcional do idoso na família

As famílias são um recurso importante e uma fonte de apoio para o enfrentamento dos problemas de saúde. Ao centrar a atenção na família, considera-se que ela é parte dos recursos disponíveis para que seus integrantes mantenham ou recuperem a saúde. Essa perspectiva introduz a família como unidade de cuidado⁽²⁾.

O primeiro contato do ser humano com o ambiente social ocorre na família, expandindo-se daí para os demais grupos sociais, como a escola, o trabalho, os grupos religiosos, entre outros. Com o desenvolvimento, o indivíduo passa a ter contato com outras pessoas, mas a família permanece como um apoio importante para a adaptação de seus membros às mudanças necessárias ao longo da vida, para que gerem menos desgaste.

A família pode ser considerada um sistema complexo, composto por grupos com diferentes relações, cada uma com regras e limites próprios. Assim, é importante observar a singularidade de cada arranjo familiar para o planejamento de intervenções adequadas e que atendam as necessidades das pessoas. O fato de a família contar com um grande número de integrantes não significa necessariamente que há maior suporte entre seus membros. É preciso verificar a qualidade dos relacionamentos, não se restringindo à quantidade de pessoas que compartilham a mesma residência⁽⁸⁾.

Cuidar de um indivíduo com alguma doença crônica ocasiona grande repercussão na família e pode desencadear alterações emocionais em seus membros. O adoecimento de um familiar repercute em toda a unidade familiar, levando à mobilização de seus integrantes. No decurso da enfermidade, há um processo de adaptação e envolvimento no processo saúde-doença, com impactos significativos na dinâmica familiar⁽⁹⁾.

Estudo que descreveu a trajetória de Sidney Katz, pesquisador conhecido especialmente pelos trabalhos relacionados ao desenvolvimento de um índice que mede a capacidade de realização de ABVD, destacou que,

dentre as inovações de suas inúmeras pesquisas, a partir dos anos 50, o maior avanço foi o enfoque na unidade paciente-família para o cuidado do idoso em reabilitação, ao contrário do que era difundido na época, os “serviços ao paciente”. Os membros da família foram considerados como facilitadores e intermediários no cuidado ao idoso e as equipes de saúde passaram a envolver as famílias no planejamento dos cuidados ao idoso e nas tomadas de decisão sobre sua saúde⁽¹⁰⁾.

A família é a principal executora do cuidado ao idoso e deve participar da elaboração do plano de cuidados. Os profissionais de saúde devem estabelecer um suporte adequado a essas famílias, além de as auxiliar a reconhecer a rede e o apoio social a que podem recorrer em caso de necessidade⁽¹¹⁾.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa destaca que a assistência médica individual não se mostra eficiente no cuidado à saúde do idoso, que pode ser influenciada por diversos aspectos, psicológicos, físicos e sociais, além do contexto em que está inserido. Dado o papel fundamental das famílias no provimento de cuidados aos idosos, a referida Política incluiu-a dentre seus eixos norteadores, como parte dos recursos para enfrentamento da fragilidade em idosos⁽¹¹⁾.

No cuidado a pacientes com doença crônica, além da compreensão sobre o problema de saúde, é fundamental ter clareza sobre quem são as pessoas envolvidas no enfrentamento do problema (o próprio paciente, seus cuidadores e os demais membros da família), quais são os processos para realização do cuidado e os recursos disponíveis. Essas informações permitem conhecer melhor o cenário e as possibilidades de atuação para atender as necessidades de saúde dos envolvidos e atenuar a carga decorrente do cuidado⁽¹²⁾.

A carga do cuidado refere-se ao esforço adicional para satisfazer as necessidades de pacientes, familiares, profissionais de saúde, serviços e a sociedade em geral. Não é um fenômeno que pode ser medido objetivamente,

mas pode ser dimensionado por meio da percepção, das condutas ou do impacto que a doença ou a limitação funcional ocasionam nos envolvidos⁽¹¹⁾. Ao tentar apreendê-la, busca-se integrar o conhecimento sobre o contexto em que o paciente está inserido e a repercussão que o problema de saúde ocasiona nas demais pessoas que com ele convivem. Amplia-se assim a discussão para além de dados epidemiológicos, incluindo também as consequências para todos aqueles envolvidos no cuidado⁽¹³⁾.

A redução da carga do cuidado pode gerar efeitos benéficos tanto para a tríade paciente-cuidador-profissional de saúde, quanto para os serviços e o próprio sistema de saúde. Os serviços, por sua vez, devem proporcionar ferramentas para que os profissionais ofereçam assistência adequada. É importante ainda que os serviços favoreçam a busca de alternativas para o empoderamento das famílias, como a transmissão das informações necessárias, a capacitação do cuidador e o conhecimento da rede e do apoio social disponíveis. O fortalecimento desses aspectos permite que o cuidado seja realizado com mais segurança, reduzindo os custos e os efeitos negativos da doença ou incapacidade⁽¹³⁾.

Em geral, os profissionais de saúde reconhecem a influência negativa que a doença crônica pode gerar na vida dos pacientes e suas famílias. Entretanto, a discussão sobre o tema ainda recai predominantemente sobre impacto econômico causado aos serviços e ao sistema de saúde. Porém, é fundamental considerar as diferentes percepções sobre a carga do cuidado entre os envolvidos na situação, tanto em relação à assistência quanto na formulação de programas de atenção à saúde, para que o cuidado ocorra de maneira efetiva e a carga do cuidado seja minimizada⁽¹⁴⁾.

As implicações da doença e da carga do cuidado podem ter significados diferentes para os pacientes, seus cuidadores, as famílias, os profissionais e os serviços de saúde. No caso da unidade familiar, além do custo financeiro, a carga do cuidado repercute negativamente em aspectos emocionais, em razão

do possível impacto nas relações familiares, a necessidade de maior esforço físico do cuidador e as limitações impostas a sua vida social, dentre outros⁽¹⁴⁾.

Uma revisão de literatura com o objetivo de analisar o significado da carga do cuidado na enfermidade crônica identificou três dimensões que poder ser usadas para definir e avaliar a carga do cuidado: a *dimensão epidemiológica*, que considera a frequência com que a doença ocorre na população e a medida de suas consequências; a *dimensão econômica*, que envolve os serviços e a sociedade, os custos do tratamento e a perda da produtividade, fruto do desgaste ocasionado pela enfermidade, e a *dimensão social*, que analisa o impacto da doença na vida do paciente, do cuidador familiar e da própria família, tanto no aspecto positivo quanto negativo⁽¹²⁾. Tais dimensões estão reunidas no Quadro 1.

Quadro 1 - Significado da carga do cuidado na enfermidade crônica.

Carga do cuidado da doença crônica não transmissível (DCNT) Construto multidimensional	Dimensão epidemiológica	Frequência	Incidência
			Prevalência
			Mortalidade
		Avaliação das consequências	Fatais: perda de anos de vida
			Não fatais: perdas funcionais e de bem-estar
	Dimensão econômica	Custo-efetividade dos serviços	Custos diretos
			Custos indiretos
		Impacto negativo	Consumo
			Economia
			Oferta de mão de obra
			Produtividade
			Acumulação de capital humano
	Dimensão social: pessoa com DCNT, cuidador familiar, família	Estresse, culpa e enfrentamento do cuidador frente a DCNT da pessoa de quem cuida	
		Implicações para a família: na funcionalidade (econômica, social e pessoal)	
		Fatores de desgaste	Variáveis físicas, comportamentais ou cognitivas dos pacientes e fase da enfermidade
			Cenário do cuidado
			Autopercepção da carga do cuidado pelo cuidador
			Preparação que os cuidadores têm para assumir o papel
		Custos do cuidado (consequências adversas reais ou potenciais)	Custo econômico
			Custos sobre a saúde física
			Custos sobre a saúde emocional
			Restrições sociais e pessoais
			Valor do investimento na prestação de cuidados
		Aspectos positivos da experiência de cuidado	Satisfação, reconhecimento, crescimento, desenvolvimento, aprendizagem, superação, vínculo com a pessoa cuidada

Adaptado de: Sánchez-Herrera B, Carrillo-González GM, Barrera-Ortiz L, Chaparro-Díaz L. Carga del cuidado de la enfermedad crónica no transmisibile. Aquichan. 2013;13(2):247-60.

1.2 O cuidado em diferentes contextos de vulnerabilidade

A vulnerabilidade está relacionada a aspectos individuais ou coletivos de uma determinada pessoa ou grupo, que podem levar a maior susceptibilidade a doenças ou agravos, somada à falta de recursos para que esses indivíduos ou grupos possam se proteger. Nesse enfoque, é importante considerar a relação entre os sujeitos e seu contexto, para que possam ser elaboradas propostas de intervenção para superar a situação encontrada⁽¹³⁾.

A discussão sobre vulnerabilidade tornou-se importante por permitir ampliar a compreensão sobre os fenômenos da saúde e da doença, incluindo experiências individuais, condições sociais, políticas e culturais, juntamente com ações para a prevenção e o controle de agravos à saúde. Além disso, conferiu maior integralidade a essas ações, por considerar a maneira como essas dimensões influenciam-se mutuamente⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Em um Estado como São Paulo, em que há grande contraste social, é fundamental a utilização de dados confiáveis, para que as políticas públicas sejam elaboradas de acordo com as necessidades dos grupos mais vulneráveis. Até o ano 2000, o Estado contava apenas com o Índice Paulista de Responsabilidade Social que, apesar de fornecer dados econômicos e sociais dos municípios paulistas, carecia de informações que evidenciassem a desigualdade nos territórios e a situação das áreas de maior concentração de pobreza⁽¹⁸⁾.

Para atender a essa necessidade e considerando a complexidade do fenômeno da desigualdade, em 2002 a Fundação Seade desenvolveu o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS), com base em dados obtidos do Censo 2000⁽¹⁸⁾. O índice é composto por nove variáveis agrupadas em duas dimensões: socioeconômica (indicadores relacionados a renda e escolaridade) e demográfica (relacionados ao chefe de família, idade e presença de crianças na família).

Conceitualmente, o IPVS fundamenta-se na premissa de que a vulnerabilidade não está relacionada exclusivamente à privação de recursos financeiros, pois há diversos outros aspectos que estão associados à situação de vulnerabilidade social e é fundamental que sejam considerados para a elaboração de políticas públicas e a definição de prioridades para o atendimento das necessidades da população.

Outra premissa do IPVS é a que a segregação espacial contribui para a manutenção da desigualdade social. Isso porque áreas em que há predomínio de grupos com maior nível de riqueza e melhor infraestrutura, como acesso a espaços públicos, segurança, saúde, entre outros, exercem influência positiva sobre a qualidade de vida dos indivíduos e suas famílias. Em contraposição, áreas com poucos equipamentos sociais concentram os grupos mais vulneráveis⁽¹⁸⁾.

A experiência do IPVS em São Paulo resultou na elaboração de um índice de vulnerabilidade social para outras regiões metropolitanas do País, fazendo uso de uma matriz conceitual única para aprofundar o conhecimento sobre as desigualdades sociais nas diversas metrópoles e, conseqüentemente, identificar quais devem ser priorizadas para intervenção de políticas sociais. Criado a partir do Atlas do Desenvolvimento Humano, o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) visa superar o conceito de pobreza como a falta de recursos monetários, integrando situações que indicam exclusão e vulnerabilidade social⁽¹⁹⁾.

Estudo que analisou o perfil de cuidadores de idosos com declínio cognitivo, residentes em diferentes contextos de vulnerabilidade social em um município do interior do Estado de São Paulo, constatou que nas famílias em situação de pobreza, em muitos casos a renda familiar era proveniente da aposentadoria do próprio idoso que recebia o cuidado e grande parte dos cuidadores não exercia trabalho remunerado extradomiciliar. Apesar de contribuir para o sustento da família, nem sempre o idoso recebia o amparo

necessário, pela dificuldade da família para realizar o cuidado, por insuficiência de recursos materiais, orientação ou apoio emocional⁽²⁰⁾.

Também foram observadas diferenças entre os grupos pertencentes a diferentes contextos de vulnerabilidade em relação ao grau de parentesco. Em contextos de pobreza, predominaram como responsáveis pelo cuidado as filhas ou a cônjuge do idoso. Já nas famílias que se encontravam em contextos de baixa e média vulnerabilidade social, havia alguém contratado para esse fim. Ou seja, famílias com melhores condições socioeconômicas tinham maior possibilidade de contratar uma pessoa para realizar o cuidado, enquanto entre os mais pobres predominava o cuidado realizado por familiares⁽²⁰⁾.

Ao analisar a qualidade de vida e a percepção de apoio social de 150 idosos que residiam em diferentes contextos de vulnerabilidade social, pesquisadores observaram que, à medida que aumenta o nível de vulnerabilidade social, menores são os escores de percepção de suporte familiar e qualidade de vida. Os aspectos relacionados ao suporte familiar que apresentaram maior associação com a vulnerabilidade foram relativos a expressões emocionais e de afeto que os idosos reconheciam de seus familiares (ser elogiado, ter a possibilidade de expressar os pensamentos e as emoções e discutir os medos e as preocupações). Quanto à qualidade de vida, o humor, a moradia e o casamento foram os aspectos mais influenciados pelo contexto de vulnerabilidade social em que o idoso estava inserido⁽⁸⁾.

Já o estudo que comparou o apoio social percebido por famílias residentes em dois bairros distintos localizados em uma região de Minas Gerais verificou que a percepção de apoio social entre os moradores de cada bairro era semelhante. Os autores esperavam encontrar maior apoio na população mais pobre, principalmente relacionado ao apoio instrumental e familiar. No entanto, a diferença não foi significativa⁽²¹⁾.

Resultado diverso foi encontrado por Marques⁽²²⁾ em investigação sobre redes sociais e pobreza nas cidades de São Paulo e Salvador. Nesse estudo, as redes sociais dos mais pobres tenderam a ser menores e com menor

variação quanto à sociabilidade. Com o aumento da idade, a variabilidade das redes foi ainda menor e as famílias tornam-se mais importantes como provedoras de cuidados. A rede social centrada na família associou-se a escolaridade, idade e renda e variou até mesmo no grupo dos mais pobres entre os pobres, que apresentaram menor conectividade entre as redes e cuja sociabilidade incluiu também a vizinhança.

1.3 A rede e o apoio social no suporte ao cuidado

Os termos rede, apoio, suporte e relações sociais muitas vezes são utilizados como sinônimos. No entanto, são construtos diferentes, ainda que relacionados⁽²³⁾, pois fazem referência a diversas dimensões e têm características distintas.

Rede é o grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato ou alguma forma de vínculo social. Refere-se predominantemente a aspectos quantitativos, enquanto o apoio social, a aspectos qualitativos⁽²⁰⁾. Apoio social diz respeito ao grau de satisfação de um indivíduo com suas relações, que podem estar ligadas a diferentes funções, como apoio material, emocional, afetivo, interação positiva e de informação⁽²³⁻²⁵⁾.

Outro aspecto relacionado ao apoio é o da reciprocidade, que gera efeitos positivos tanto para quem recebe quanto para quem oferece o cuidado e o apoio. Assim, o indivíduo sente-se amado e fazendo parte de uma rede social com compromissos mútuos⁽²³⁾.

No caso de pessoas com perdas funcionais e dependência e seus cuidadores, o apoio social permite-lhes sentir que possuem mais controle sobre suas vidas. Muitas vezes o cuidador familiar encontra-se em uma situação totalmente inesperada, que o leva a depender ainda mais do apoio de sua rede social. Por isso, é importante entender o momento do ciclo de vida familiar do cuidador, bem como a estrutura e as relações familiares. Para Sluzki⁽²⁵⁾,

“(...) existe forte evidência de que uma rede social pessoal estável, sensível, ativa e confiável protege a pessoa contra doenças, atua como agente de ajuda e encaminhamento, afeta a pertinência e a rapidez da utilização de serviços de saúde, acelera os processos de cura e aumenta a sobrevivência, ou seja, é geradora de saúde. E também existe evidência de que a presença de doença numa pessoa (...) deteriora a qualidade de sua interação social e, em longo prazo, reduz o tamanho (...) e a possibilidade de acesso a sua rede social”.

Pesquisa realizada com 405 idosos verificou que a rede social é um aspecto importante que influencia a maneira como o idoso avalia a própria saúde, independente de sua condição de saúde. Os entrevistados que relataram pior percepção das relações pessoais e que não contavam com ajuda de outras pessoas caso ficassem acamadas apresentaram pior percepção da saúde⁽²⁶⁾.

Estudo conduzido na França que pesquisou a influência da rede e do apoio social na auto-avaliação de saúde de 1.989 trabalhadores de uma companhia elétrica identificou que, entre os homens, o isolamento, a insatisfação com as relações sociais e o apoio social insuficiente apresentaram associação com pior avaliação da própria saúde. Para as mulheres, somente o apoio social apresentou associação com a auto-avaliação de saúde. Após um ano de seguimento, os pesquisadores verificaram que, para os homens, o apoio social insuficiente apresentava maior efeito negativo sobre a percepção da saúde, em comparação com as mulheres⁽²⁷⁾.

Outra investigação, realizada em um município de São Paulo com uma amostra de cuidadores com idade igual ou superior a 65 anos, observou que aqueles que referiram baixa percepção de apoio social apresentavam maiores chances de apresentar três ou mais comorbidades e que cuidadores do sexo masculino apresentavam maior isolamento social⁽²⁸⁾.

Pesquisa com o objetivo de avaliar a associação entre os transtornos mentais e o apoio social percebido por moradores da Zona da Mata

pernambucana verificou maior prevalência de transtornos mentais comuns em pessoas com baixo apoio social. Tal achado sugere que o apoio percebido pelos indivíduos atua como agente protetor contra os transtornos mentais comuns. A presença da rede social diminui os níveis de ansiedade e depressão e aumenta a adaptação aos eventos estressantes⁽²⁹⁾.

Indivíduos com relações satisfatórias apresentam maior probabilidade de sobrevivência, comparados àqueles com relacionamentos pobres ou que consideram insuficientes. Embora os efeitos negativos sejam particularmente evidentes, cuidar em domicílio também pode resultar em avaliação subjetiva positiva para o cuidador, como o auto-reconhecimento pelo papel desempenhado e o sentimento de polivalência por cuidar de alguém e continuar a realizar as demais tarefas da vida cotidiana, a depender da complexidade do cuidado⁽³⁰⁻³²⁾.

Em face dessas considerações, este estudo buscou analisar o impacto do cuidado ao idoso sobre as famílias em diferentes contextos de vulnerabilidade e verificar como a rede e o apoio social contribuem para minimizar essa carga. Partiu das seguintes hipóteses:

- O cuidado do familiar com incapacidade funcional cusa maior impacto em famílias com maior vulnerabilidade, tanto em relação ao aumento do estresse e do desgaste do cuidador, quanto na dinâmica familiar e nas consequências do cuidado.
- A presença de rede e apoio social minimiza a carga do cuidado, tanto no grupo de alta quanto no de baixa vulnerabilidade.

Assim, este estudo busca responder os seguintes questionamentos:

- Qual o impacto do cuidado a idosos com incapacidade funcional em famílias de diferentes contextos de vulnerabilidade?
- A rede e o apoio social possuem influência para idosos com incapacidades e dependência, em diferentes contextos de vulnerabilidade?

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

- Avaliar o impacto da necessidade de cuidado em famílias de idosos com incapacidade funcional em diferentes contextos de vulnerabilidade.

2.2 Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico e as condições de saúde de idosos em diferentes contextos de vulnerabilidade;
- Analisar a dificuldade referida pelos idosos na realização de atividades básicas de vida diária e a evolução da incapacidade funcional entre 2010 e 2015, nos diferentes contextos de vulnerabilidade;
- Analisar o perfil e as condições de saúde dos idosos de acordo com os grupos de incapacidade funcional, nos diferentes contextos de vulnerabilidade;
- Analisar o arranjo familiar, a rede e o apoio das famílias com quem o idoso residia e a percepção do idoso sobre a funcionalidade familiar segundo grupos de incapacidade e em diferentes contextos de vulnerabilidade;
- Analisar a presença de cuidadores para cada grupo de incapacidade funcional, nos diferentes contextos de vulnerabilidade;
- Analisar o perfil dos cuidadores, as dificuldades enfrentadas e os aspectos positivos do cuidado, segundo grupos de incapacidade e em diferentes contextos de vulnerabilidade;
- Avaliar a associação entre a incapacidade funcional e o perfil e as condições de saúde dos idosos, o arranjo e a funcionalidade familiar, a rede e o apoio social e a presença de cuidadores.

MÉTODO

3. MÉTODO

3.1 Tipo de pesquisa

Estudo exploratório, longitudinal, de abordagem quantitativa, que utilizou a base de dados do Estudo SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento de 2010 e 2015.

3.2 O Estudo SABE

O Estudo SABE teve início no ano 2000 como uma pesquisa multicêntrica realizada em sete centros urbanos (Buenos Aires, Bridgetown, São Paulo, Santiago, Havana, Cidade do México e Montevideu) localizados em países da América Latina: Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Cuba, México e Uruguai, respectivamente. Coordenado pela Organização Panamericana de Saúde, teve como objetivo avaliar as condições de saúde e de vida de idosos residentes nessas regiões, para identificar as necessidades de saúde desse grupo populacional e promover o trabalho interdisciplinar por meio do intercâmbio entre estudos do envelhecimento e a saúde pública⁽³³⁾.

Após seis anos, o estudo teve continuidade apenas Brasil, transformando-se em pesquisa longitudinal. Assim, o grupo de idosos que havia sido entrevistado em 2000 (coorte A) foi procurado e convidado a participar novamente. Como nessa coorte a idade era superior a 65 anos e mais, foi feito novo cálculo amostral para inclusão de idosos da faixa etária entre 60 e 64 anos (coorte B) para acompanhamento da evolução da população idosa. O mesmo procedimento em relação à amostra foi efetuado para as coortes seguintes em 2010 e 2015 (coortes C e D).

A população do estudo SABE é composta por indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, residentes na área urbana do município de São Paulo no ano 2000. Nesse ano o processo de amostragem foi realizado em duas etapas: inicialmente utilizou-se um cadastro permanente de 72 setores censitários disponível no Departamento de Epidemiologia da Faculdade de

Saúde Pública da Universidade de São Paulo, que é baseado no cadastro da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). O total de endereços de cada setor censitário foi dividido em dez segmentos e, em cada setor, foram sorteados nove segmentos. Foram visitados 90 domicílios e os idosos considerados elegíveis para o estudo foram identificados e convidados a participar da pesquisa, totalizando 1.568 entrevistas.

Em 2006, 1.115 idosos da coorte A foram localizados e entrevistados novamente. Após novo cálculo amostral, foram incluídos 298 idosos com idade entre 60 a 64 anos (coorte B). Em 2010, foram entrevistados 748 idosos remanescentes da coorte A, 242 da coorte B e incluídos 355 idosos (coorte C). Por fim, em 2015, foram novamente entrevistados 382 idosos da coorte A, 186 da coorte B, 270 da coorte C e 386 idosos com idade entre 60 a 64 anos foram incluídos, compondo a coorte D.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário padronizado, aplicado ao idoso em seu domicílio. A cada coorte foi feita uma revisão do instrumento, modificando ou incluindo questões, para obtenção de informações complementares e atender os objetivos da pesquisa.

3.3 População e amostra

A população do presente estudo foi composta pelos idosos entrevistados pelo Estudo SABE em 2010 (coortes A, B e C) e que foram encontrados para participar novamente em 2015. Em 2010, integraram a pesquisa 1.345 idosos e desses, 836 foram novamente entrevistados em 2015. A diferença de 509 idosos entre 2010 e 2015 ocorreu devido a óbitos, recusa em participar novamente da pesquisa, idosos não encontrados, institucionalização do entrevistado e mudança de município.

Também foram incluídos na amostra cuidadores familiares não remunerados, que auxiliavam os idosos na realização de ABVD e que responderam o bloco *N – Cuidadores* do questionário, em especial as questões exclusivas dos cuidadores familiares.

3.4 Variáveis do estudo

O questionário completo está disponível na página *online* do Estudo SABE(<http://hygeia3.fsp.usp.br/sabe/quetionario.php>). As variáveis utilizadas neste estudo e os blocos correspondentes são apresentados no Anexo I.

3.4.1 Variáveis independentes

3.4.1.1 Relativas aos idosos

- **Perfil dos idosos:** sexo (feminino/masculino), idade (categorizada em faixa etária), presença de companheiro (sim/não), raça/cor (branca/outra), religião (católica/evangélica/outra);
- **Condição de saúde:** doenças referidas (sim/não): HAS, DM, doença crônica do pulmão, doença cardíaca, doença cerebrovascular, doença articular e osteoporose, multimorbidade⁽³⁴⁾ ($\leq$ duas doenças referidas/ $\geq$ três doenças), episódio de quedas nos 12 meses anteriores à entrevista (sim/não), polifarmácia⁽³⁵⁾ (uso de até quatro medicamentos/uso de cinco ou mais medicamentos) e autoavaliação de saúde (muito boa a boa/regular/ruim a muito ruim);
- **Atividades básicas de vida diária (ABVD):** dificuldade referida pelo idoso para realizar as seguintes atividades (sim/não) – atravessar um quarto caminhando, vestir-se, tomar banho, fazer a higiene pessoal, alimentar-se sozinho, deitar e/ou levantar da cama, utilizar o banheiro e total de atividades em que apresenta dificuldade;
- **Perfil das famílias dos idosos:** idoso vive sozinho ou acompanhado (sim/não), número de pessoas que residem com o idoso;
- **Funcionalidade familiar:** avaliada por meio do APGAR de Família, composto por cinco domínios (Adaptação, Companheirismo, Desenvolvimento, Afetividade e Capacidade resolutiva), com opções de resposta que variam entre zero a quatro. O escore total pode variar de zero a 20, agrupado em três classificações: *disfunção familiar severa* (escore total de zero a oito) *moderada* (nove a 12) e *boa funcionalidade familiar* (escore

total de 13 a 20)⁽³⁶⁾. Para este estudo, a funcionalidade familiar foi agrupada em duas categorias: boa funcionalidade e disfunção familiar (moderada e severa disfunção).

- **Vulnerabilidade social:** avaliada por meio do IPVS e agrupado em *baixa vulnerabilidade social* (baixíssima, muito baixa e baixa vulnerabilidade) e *vulnerabilidade social média e alta* (média, alta e muito alta vulnerabilidade);
- **Rede e apoio social:** auxílio recebido e oferecido aos familiares que dividem a residência com o idoso, auxílio recebido para realização de atividades domésticas e extradomiciliares e para apoiar o idoso no cuidado pessoal.

3.4.1.2 Relativas aos cuidadores

- **Perfil dos cuidadores:** sexo, idade, condição marital, sabe ler e escrever, parentesco com o idoso;
- **Dedicação ao cuidado:** mora na mesma residência que o idoso, frequência com que auxilia o idoso, parou de trabalhar e/ou estudar para cuidar do idoso, há quanto tempo cuida do idoso e auxílio de outras pessoas para cuidar do idoso;
- **Dificuldades na realização do cuidado:** avaliadas por meio do *Caregiver's Assessment of Difficulties Index* (CADI), instrumento composto por 30 afirmações⁽³⁷⁾. Para cada uma delas, o cuidador deve indicar de que modo a situação aplica-se a sua vida (1. Não acontece no meu caso; 2. Não me perturba; 3. Causa-me alguma perturbação; 4. Perturba-me muito). O escore total pode variar de 30 a 120 e, quanto maior a pontuação, maior a dificuldade enfrentada pelo cuidador. Para este estudo, optou-se utilizar as dimensões propostas por Charlesworth et al. (2007)⁽³⁸⁾:
 - **Reação do cuidador ao cuidado:** composto por sete itens, nos quais o cuidador deve referir a 1) dificuldades relacionadas à falta de controle diante da situação em que se encontrava, 2) tempo escasso para se dedicar a outros membros da família, 3)

estresse ocasionado pela tarefa, 4) ausência de tranquilidade pela preocupação com as atividades do cuidado, 5) prejuízo à própria saúde, 6) culpa pela situação e 7) cansaço físico.

- **Nível de ajuda física:** composto por quatro itens relacionados a 1) dependência do idoso para se movimentar, 2) para realizar os cuidados pessoais, 3) presença de incontinência do idoso e 4) piora no sono do cuidador pelas funções exercidas.
- **Relação cuidado-idoso:** composto por quatro itens, nos quais o cuidador refere se a dificuldade ocorre por 1) sensação de que o idoso não o auxilia tanto quanto poderia, 2) sentimento que deixou de existir na relação de ambos, 3) cuidado desvalorizado pelo idoso e 4) insatisfação pelo cuidado prestado.
- **Restrição na vida social:** composto por quatro itens, relacionados a 1) restrição de tempo para o próprio cuidador, 2) isolamento social e 3) ausência de férias ou período para descanso.
- **Apoio profissional** (7, 27, 17): composto por três itens, relacionados à sensação de que 1) os profissionais de saúde não compreendem o que os cuidadores vivenciam, 2) irritação pela situação e 3) apoio insuficiente dos serviços sociais e de saúde.
- **Apoio familiar** (16, 28, 9): composto por três itens, relacionados a 1) transtornos familiares, 2) falta de atenção de outros integrantes da família e 3) ausência de auxílio dos outros familiares.
- **Demanda interpessoal** (5, 11, 25): composto por três itens, relacionados a 1) problemas ocasionados pelo comportamento

do idoso, 2) descontrolado que o idoso ocasiona ao cuidador e 3) exigência demasiada do idoso.

- **Consequência financeira** (21, 4): composto por dois itens, relacionados a 1) problemas financeiros ocasionados pelo cuidado e 2) piora da qualidade de vida.

Os escores total do CADI e de cada dimensão relacionada à dificuldade do cuidado foram agrupados em tercís, sendo que o primeiro tercil refere-se à menor dificuldade e o terceiro, à maior dificuldade para realização do cuidado.

▪ **Aspectos positivos do cuidado:** os aspectos positivos do cuidado foram analisados por meio do bloco Índice de Avaliação das Satisfações do Cuidador (*Caregiver's Assessment of Satisfaction Index – CASI*), composto por 30 afirmações. Para cada uma delas, o cuidador tinha como opções de resposta: 1) não acontece no meu caso ou isso acontece no meu caso e sinto; 2) nenhuma satisfação; 3) alguma satisfação e 4) muita satisfação. Optou-se por agrupar a variável em cinco domínios, de acordo com investigação conduzida por Ekwall e Hallberg (2007)⁽³⁹⁾:

1. **Auto-realização através do cuidado:** composto por dez itens, em que o cuidador deveria informar a satisfação por 1) aproximação com o idoso pelo cuidado prestado, 2) possibilidade de ver o idoso limpo, confortável e arrumado, 3) sensação de dever cumprido, 4) gostar de auxiliar outras pessoas, 5) satisfação em ver o idoso sentindo-se bem, 6) auxiliar o idoso a vencer os obstáculos, 7) bem-estar proporcionado ao idoso, 8) sentir que pode cuidar bem do idoso por conhecê-lo melhor que outras pessoas, 9) apreço de amigos e familiares que o cuidador considera e 10) sentir-se útil pelo cuidado prestado.
2. **Forma de controle pelo cuidado:** composto por sete itens, relacionados a 1) satisfação obtida por evitar que o cuidador sintasse culpado pela situação, 2) pela possibilidade de manter o idoso

no domicílio, sem necessidade de institucionalização, 3) garantir a dignidade do idoso, 4) vencer as dificuldades, 5) fazer o máximo possível pelo idoso, 6) demonstrar amor pelo idoso e 7) possibilidade de satisfazer as necessidades do idoso.

3. Ampliando os horizontes: composto por quatro itens, em que o cuidador informa a satisfação obtida por 1) estreitar as relações familiares e de amizade, 2) ampliar os interesses e contatos, 3) expressar sua fé e 4) proporcionar sentido a sua vida.

4. Engajamento recíproco: composto por cinco itens, com informações sobre 1) o apreço do idoso pelo cuidado, 2) a satisfação em observar a melhora do idoso, 3) a possibilidade de desenvolvimento das capacidades do idoso, 4) a retribuição do que o idoso já fez pelo cuidador e 5) por confiar que, na situação inversa, o idoso faria o mesmo pelo cuidador.

5. Crescimento pessoal: composto por quatro itens, relacionados a 1) desenvolvimento das capacidades e habilidades pelo cuidado prestado, 2) capacidade do cuidador, 3) ausência de queixas e reclamações do idoso, apesar de todos os problemas enfrentados e 4) amadurecimento do cuidador.

Os escores da variável e de cada domínio relacionado ao aspecto positivo do cuidado foram agrupados em tercís, sendo que o primeiro tercil foi considerado o de menor satisfação e o último, o de maior satisfação com o cuidado prestado.

3.5 Variável dependente

3.5.1 Presença de incapacidade funcional entre os idosos

Foi feita a comparação entre o total de atividades em que o idoso referiu dificuldade, em 2010 e 2015. Os idosos foram agrupados em:

- **Sem dificuldade:** idosos que em 2010 negaram qualquer dificuldade nas ABVD e permaneceram nessa condição em 2015 e idosos que

apresentaram alguma dificuldade em 2010 e, em 2015, não apresentavam qualquer dificuldade nessas atividades;

- **Incidência:** idosos que negaram qualquer dificuldade em 2010 e, em 2015, passaram a referir dificuldade em pelo menos uma ABVD;
- **Permanência:** idosos que referiram dificuldade no mesmo número de ABVD, tanto em 2010 quanto em 2015.
- **Piora:** idosos que já apresentavam alguma dificuldade para realizar ABVD em 2010 e, em 2015, passaram a referir dificuldades em um número maior de atividades.

3.6 Análise dos dados

Para a análise dos dados, foram utilizadas as bases de dados do Estudo SABE de 2010 e 2015. Foi utilizada a variável *número* para unir os dois bancos de dados, para identificar os idosos presentes em ambos. Nesse processo, quatro idosos não foram encontrados e foi feita nova união, através da variável *nome*, o que permitiu identificar dois deles. Os dois restantes não foram encontrados mesmo após análise minuciosa do banco de dados e, portanto, foram excluídos da análise.

Inicialmente foi feito o cálculo de proporção para as variáveis relacionadas ao perfil dos idosos entrevistados em 2010, para cada contexto de vulnerabilidade social. Em seguida, verificou-se a evolução dos idosos na realização de ABVD, comparando-se o total de atividades em que referiram dificuldade em 2010 e 2015, para categorização em Sem dificuldade, Incidência, Permanência ou Piora, de acordo com incapacidade funcional.

Para análise de associação entre a *incapacidade funcional* e as variáveis independentes, foi utilizado o teste de Qui-Quadrado com ajuste de Rao-Scott. Foi apresentado o perfil dos idosos, de suas famílias e seus cuidadores para cada grupo de incapacidade, nos dois contextos de vulnerabilidade social.

Para analisar os aspectos associados à incapacidade funcional nos diferentes contextos de vulnerabilidade social, optou-se pela realização da análise hierárquica, estratificada pela vulnerabilidade social. As variáveis independentes foram agrupadas em blocos temáticos, sendo posteriormente organizadas de acordo com dados encontrados na literatura⁽⁴⁰⁾. No bloco distal, foram incluídas as variáveis relativas ao perfil do idoso e no bloco proximal, as variáveis relacionadas à percepção da própria saúde (Figura 1).

Figura 1. Blocos temáticos para análise hierárquica.

A análise hierárquica foi conduzida considerando cada grupo de incapacidade funcional separadamente, resultando em três variáveis *dummy*:

Grupo Incidência:

- 0 – ausência de vulnerabilidade;
- 1 – incidência.

Grupo Piora:

- 0 – ausência de vulnerabilidade;
- 1 – piora.

Grupo Permanência:

- 0 – ausência de vulnerabilidade;
- 1 – permanência.

Procedeu-se à análise de regressão logística univariada e foram selecionadas as variáveis que apresentaram $p < 0,20$. Para o modelo múltiplo, optou-se pelo *stepwise forward* e foram mantidas aquelas que melhor se ajustaram ao modelo e apresentaram resultado estatisticamente significativo. As variáveis dos blocos distais foram mantidas nos blocos inferiores (proximais), como variáveis de ajuste, mesmo quando não foi observada significância estatística.

Os dados foram analisados através do programa Stata 15.1 (*Stata Corp. College Station, EUA*). O resultado foi considerado estatisticamente significativo quando $p < 0,05$.

3.7. Aspectos éticos

O Estudo SABE foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Anexo II - Parecer 3.600.782). Todos os aspectos éticos foram respeitados, conforme Resolução 466/12.

RESULTADOS

4 RESULTADOS

4.1 Grupos de incapacidade funcional

Do total de 836 idosos deste estudo, 72,18% foi classificado no grupo **Ausência de incapacidade**, 16,69% no grupo **Incidência**, 6,13% no grupo **Piora** e 5,01% no grupo **Permanência**, de acordo com a dificuldade referida para realização de ABVD em 2015, em comparação com 2010. Desse total, 79,40% vivia em contextos de baixa vulnerabilidade social e 20,60%, de média a alta vulnerabilidade.

Ao analisar os grupos de incapacidade funcional nos dois contextos de vulnerabilidade, verificou-se que em ambos a maior parte dos idosos negou dificuldade na realização de qualquer ABVD, tanto em 2010 quanto em 2015. Também houve aqueles que apresentaram dificuldades em 2010 mas, cinco anos depois, não mais referiram essa condição.

Excluídos os idosos que não apresentavam dificuldades para realizar ABVD, observou-se o predomínio de grupo **Incidência**, ou seja, que não apresentava dificuldade para realizar ABVD em 2010, mas passou a apresentar em 2015, tanto em contextos de vulnerabilidade baixa quanto de média a alta (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos idosos segundo a incapacidade funcional e o contexto de vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2010 e 2015.

Evolução	Contexto de vulnerabilidade		
	Baixa (%)	Média a alta (%)	<i>p</i>
Referiu dificuldade para ABVD			
Sim	26,71	30,65	0,441
Não	73,29	69,35	
Grupos de incapacidade			
Incidência	61,06	54,58	0,288
Piora	19,41	30,93	
Permanência	19,53	14,49	

Fonte: Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE.; 2010 e 2015.

Em ambos os contextos de vulnerabilidade, predominaram idosos do sexo feminino, para todos os grupos de incapacidade funcional. Somente nos contextos de baixa vulnerabilidade social, a variável sexo apresentou resultado estatisticamente significativa ($p < 0,0001$).

Em relação à cor, nos contextos de baixa vulnerabilidade, predominaram idosos que referiram cor branca em todos os grupos de incapacidade funcional. Já nos contextos de média a alta vulnerabilidade, somente o grupo **Piora** apresentou maior proporção de idosos que referiu a cor branca. No entanto, a variável não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos, tanto no contexto de baixa quanto no de vulnerabilidade média a alta. Os dados relacionados a sexo e raça/cor estão reunidos na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição dos idosos segundo o sexo e a cor, por grupos de incapacidade funcional e contextos de vulnerabilidade. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2010 e 2015.

Variáveis	Baixa vulnerabilidade					Média a alta vulnerabilidade				
	Ausência	Incidência	Piora	Permanência	<i>p</i>	Ausência	Incidência	Piora	Permanência	<i>p</i>
Sexo										
Feminino	54,21	80,09	73,17	80,00	<0,0001*	59,61	67,82	88,71	67,95	0,087
Masculino	45,79	19,91	26,83	20,00		41,39	32,18	11,29	32,05	
Raça/cor										
Branca	62,31	56,71	57,57	50,31	0,365	44,30	31,51	55,53	45,87	0,487
Outro	37,69	43,29	42,43	49,69		55,70	68,49	44,47	54,13	

Fonte: Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE.; 2010 e 2015.

* $p < 0,05$.

4.2 Contextos de vulnerabilidade social baixa

4.2.1 Perfil dos idosos por grupos de incapacidade funcional

Nos contextos de baixa vulnerabilidade social, somente o grupo **Piora** apresentou maior proporção de idosos com idade entre 70 a 79 anos em 2010 e igual ou superior a 80 anos em 2015. Nos grupos **Incidência** e **Permanência**, idosos com idade entre 60 a 69 anos foram a maioria em 2010 e, em 2015, a faixa etária predominante nos dois grupos foi de 70 a 79 anos.

A maior parte dos idosos professava a religião católica, em todos os grupos de incapacidade e em ambos os anos. Quanto à presença de companheiro, em 2010, somente o grupo **Permanência** apresentou maior proporção de idosos que negou ter um companheiro. Já em 2015, observou-se que os grupos **Incidência** e **Piora** passaram a apresentar maior proporção de idosos que não contavam com a presença de companheiro (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição dos idosos segundo a faixa etária, a religião e a presença de companheiro, por grupos de incapacidade funcional, em contextos de baixa vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2010 e 2015.

	2010					2015				
Variáveis	Ausência	Incidência	Piora	Permanência	<i>p</i>	Ausência	Incidência	Piora	Permanência	<i>p</i>
Faixa etária										
60 a 69**	70,10	47,99	33,88	55,02	<0,0001*	45,33	31,71	26,84	34,08	<0,0001*
70 a 79	23,78	35,37	34,67	32,79		40,81	35,37	28,20	38,09	
≥ 80 anos	6,12	16,64	31,44	12,18		13,86	32,92	44,96	27,82	
Religião										
Católica	62,88	69,51	55,23	62,80	0,166	61,56	67,42	62,74	58,69	0,134
Evangélica	20,54	22,15	32,55	28,97		20,81	24,48	30,01	30,56	
Outra	16,58	8,34	12,22	8,23		17,63	8,10	7,25	10,76	
Presença de companheiro										
Sim	64,55	52,92	50,94	33,51	0,001*	56,58	42,02	33,83	25,45	0,0001*
Não	35,45	47,08	49,06	66,49		43,42	57,98	66,17	74,55	

Fonte: Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE; 2010 e 2015.

* $p < 0,05$.

**Para 2015, considerar faixa etária 65 a 69 anos.

4.2.2 Condição de saúde dos idosos por grupo de incapacidade funcional

Dentre os problemas de saúde, a maior parte dos idosos referiu a presença de HAS, em todos os grupos de incapacidade e em ambos os anos, seguida por doença articular (para os grupos **Incidência** e **Permanência**). Em 2010, além da HAS, o grupo **Piora** apresentou maior proporção de idosos que referiu osteoporose e doença cardíaca. Já em 2015, houve ligeiro aumento na proporção de idosos que referiu a presença de HAS, seguida por doença articular e osteoporose. Somente a doença pulmonar crônica (para ambos os anos) e o DM (em 2015) não apresentaram resultado estatisticamente significativo dentre os principais problemas de saúde relatados.

A multimorbidade predominou nos grupos **Piora** e **Permanência**, tanto em 2010 quanto em 2015. A maior parte dos idosos do grupo **Incidência** não apresentou multimorbidade em ambos os anos, porém observou-se aumento do número de idosos que passou a apresentar tal condição em 2015, em comparação com 2010.

A polifarmácia, definida como o uso de cinco ou mais medicamentos, predominou nos três grupos de incapacidade funcional, com ligeira redução dentre aqueles que integravam o grupo **Piora**, em 2015.

Quanto à auto-avaliação de saúde, os grupos **Piora** e **Permanência** apresentaram maior proporção de idosos que avaliaram a própria saúde como regular, em ambos os anos. No grupo **Incidência**, houve predomínio daqueles que consideravam a própria saúde como muito boa ou boa em 2010. Em 2015, entretanto, a maior parte avaliou a própria saúde como regular.

A maior parte dos idosos negou episódio de queda nos 12 meses anteriores à entrevista, em todos os grupos de incapacidade funcional e em ambos os anos. Somente em 2015 a variável queda apresentou resultado estatisticamente significativo (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição dos idosos segundo a condição de saúde, por grupos de incapacidade funcional, em contextos de baixa vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento –SABE. São Paulo, SP, 2010 e 2015.

Variáveis	2010					2015				
	Ausência	Incidência	Piora	Permanência	P	Ausência	Incidência	Piora	Permanência	p
Problema de saúde										
Hipertensão arterial sistêmica (HAS)	59,99	73,03	70,31	76,13	0,014*	67,06	78,28	70,92	89,09	0,006*
Doença articular	27,83	39,63	34,26	73,48	<0,0001*	29,93	55,78	52,67	78,28	<0,0001*
Doença cardíaca	16,77	24,59	37,84	26,47	0,001*	23,73	31,22	39,47	35,22	0,030*
Diabetes mellitus	21,08	34,05	36,32	24,06	0,003*	28,59	36,93	38,52	27,26	0,157
Osteoporose	15,35	27,51	42,85	44,05	<0,0001*	14,86	24,99	46,02	44,83	<0,0001*
Doença pulmonar crônica	7,90	4,87	18,63	11,84	0,066	7,73	8,63	15,42	14,27	0,269
Doença cerebrovascular	2,04	5,80	10,44	15,42	0,001*	3,35	11,65	16,18	10,66	0,0001*
Multimorbidade*										
Sim	17,25	31,40	50,65	55,23	<0,0001*	24,31	44,32	57,54	60,75	<0,0001*
Não	82,75	68,60	49,35	44,77		75,69	55,68	42,46	39,25	
Uso de medicamentos										
Um a quatro	53,45	46,83	37,70	32,78	0,026*	52,57	34,90	43,84	25,32	0,0002*
Cinco ou mais	46,55	53,17	62,30	67,22		47,43	65,10	56,16	74,68	
Auto-avaliação de saúde										
Muito boa ou boa	61,35	48,12	22,04	20,66	<0,0001*	58,72	40,51	26,68	22,94	<0,0001*
Regular	35,54	41,41	56,12	48,93		38,23	49,01	49,79	51,36	
Ruim ou muito ruim	3,11	10,46	21,84	30,42		3,05	10,47	23,59	25,71	
Episódio de queda										
Sim	23,43	34,58	31,49	30,41	0,131	27,27	39,77	48,68	35,10	0,005*
Não	76,57	65,42	68,51	69,59		72,73	60,23	51,32	64,90	

Fonte: Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE; 2010 e 2015.

*p<0,05.

Ao analisar a dificuldade referida para realização de ABVD, obteve-se resultado estatisticamente significativo para todas as atividades, tanto em 2010 quanto em 2015.

No grupo **Incidência**, houve maior proporção de idosos que passaram a referir dificuldade para a atividade de *se vestir sozinho*, seguida por *se deitar e/ou levantar-se da cama e tomar banho*. No grupo **Piora**, em 2010, predominaram dificuldades nas atividades *vestir-se, tomar banho e utilizar o banheiro* e, em 2015, grande parte desses idosos referiu dificuldade em *se deitar e/ou levantar-se da cama, vestir-se e utilizar o banheiro*. Já no grupo **Permanência**, predominou a dificuldade em *se vestir sozinho* em ambos os anos, seguida por *utilizar o banheiro e fazer a higiene pessoal*, em 2010, e *deitar-se e/ou levantar-se da cama e atravessar um quarto caminhando*, em 2015 (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição dos idosos segundo a dificuldade referida para realizar atividades básicas de vida diária, por grupos de incapacidade funcional, em contextos de baixa vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2010 e 2015.

Variáveis	2010					2015				
	Ausência	Incidência	Piora	Permanência	p	Ausência	Incidência	Piora	Permanência	P
Atravessar um quarto caminhando	0,74	-	15,25	19,43	<0,0001*	-	20,01	71,61	30,68	<0,0001*
Vestir-se	1,76	-	60,19	65,82	<0,0001*	-	72,12	81,82	78,12	<0,0001*
Tomar banho	0,14	-	29,55	39,04	<0,0001*	-	21,29	66,79	15,65	<0,0001*
Fazer a higiene pessoal	0,89	-	25,34	50,36	<0,0001*	-	13,33	49,46	16,33	<0,0001*
Comer sozinho	0,20	-	11,47	14,18	<0,0001*	-	4,72	19,24	8,35	<0,0001*
Deitar/levantar da cama	0,70	-	17,34	38,87	<0,0001*	-	32,19	92,89	36,02	<0,0001*
Utilizar o banheiro	1,37	-	29,21	50,97	<0,0001*	-	8,98	74,25	27,81	<0,0001*

Fonte: Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE.; 2010 e 2015.

*p<0,05.

4.2.3 Características das famílias e do apoio social dos idosos por grupos de incapacidade funcional

Em relação ao número de pessoas que dividiam o mesmo domicílio com o idoso, houve predomínio de um a três integrantes, em ambos os anos e em todos os grupos de incapacidade funcional. O grupo **Incidência** apresentou ligeiro aumento na proporção de idosos que residiam sozinhos em 2015 e daqueles que passaram a morar com quatro ou mais pessoas. Nos demais grupos, **Piora** e **Permanência**, houve redução dos idosos que vivam sozinhos e aumento daqueles que residiam com uma a três pessoas.

Em 2010, a maior parte dos idosos classificados no grupo **Incidência** residia com filhos(as) e o grupo **Permanência** apresentou maior proporção daqueles que residiam com netos(as) ou outros familiares. Em 2015, o grupo **Permanência** apresentou maior proporção de idosos que residiam com filhos(as) ou netos(as) e, o grupo **Piora**, dos que residiam com outros familiares. Verificou-se diferença estatisticamente significativa somente para as variáveis *residia com o cônjuge* (2010 e 2015) e *residia com o(a) neto(a)* (2010).

A maior parte dos idosos revelou boa percepção da funcionalidade familiar, em todos os grupos de incapacidade e em ambos os anos. Entretanto, quando comparados os anos de 2010 e 2015, verificou-se aumento na proporção dos que tiveram pior percepção da funcionalidade familiar. Obteve-se resultado estatisticamente significativo para esta variável somente para o ano de 2015.

Quanto ao apoio recebido por outros integrantes da família, os resultados foram significativos para as variáveis *auxílio em atividades extradomiciliares* e *auxílio no cuidado pessoal* (2010 e 2015). A maior parte dos idosos do grupo **Piora** referiu receber auxílio para realizar tarefas extradomiciliares e/ou de cuidado pessoal, em comparação com os demais grupos de incapacidade funcional e em ambos os anos (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição dos idosos segundo a funcionalidade familiar e o total de integrantes na família, por grupos de incapacidade funcional, em contextos de baixa vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2010 e 2015.

Variáveis	2010					2015					
	Ausência	Incidência	Piora	Permanência	p	Ausência	Incidência	Piora	Permanência	p	
Número de pessoas											
Zero	13,74	13,40	25,08	27,92	0,012*	12,97	14,73	21,41	12,94	0,646	
Um a três	74,34	70,54	52,65	48,08		69,97	64,33	61,78	61,12		
Quatro ou mais	11,92	16,06	22,27	24,00		17,07	20,94	16,80	25,94		
Reside com											
Cônjuge	62,90	51,65	46,77	35,85	0,002*	68,07	51,67	43,59	34,37	0,0001*	
Filho(a)	49,13	55,49	51,29	49,72	0,705	52,25	58,60	57,64	61,80	0,599	
Neto(a)	19,12	26,86	25,16	35,53	0,040*	25,07	37,95	34,58	38,80	0,064	
Outras pessoas*	19,96	17,65	19,57	25,27	0,801	20,21	25,32	37,66	23,89	0,099	
Funcionalidade familiar											
Boa	86,84	86,66	74,66	76,84	0,207	84,64	81,55	61,50	72,13	0,004*	
funcionalidade						15,36	18,45	38,50	27,87		
Disfunção											
familiar	13,16	13,34	25,34	23,16							
Recebe apoio											
Financeiro	43,03	50,08	29,68	46,31	0,419	51,91	56,59	44,99	61,94	0,591	
Tarefas	22,16	33,85	53,86	38,98	0,001*	52,85	67,08	91,76	62,04	0,0002*	
extradomiciliares											
Tarefas											
domiciliares	66,39	59,53	82,24	68,46	0,239	77,84	72,52	73,30	84,26	0,517	
Cuidado pessoal	5,54	8,27	29,39	23,83	<0,0001*	18,19	26,34	65,25	47,47	<0,0001*	
Material	10,10	18,45	10,60	16,44	0,139	29,54	35,28	37,62	40,15	0,529	
Afetivo	38,51	29,53	16,78	28,71	0,115	30,81	37,45	25,40	47,02	0,287	

Fonte: Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE.; 2010 e 2015.

* $p < 0,05$.

4.2.4 Perfil dos cuidadores familiares por grupos de incapacidade funcional

Dentre os grupos de incapacidade funcional, verificou-se que o grupo **Piora** apresentou maior proporção de idosos que contavam com a presença de um cuidador tanto em 2010 quanto em 2015 (Tabela 7). É importante destacar que, para este estudo, consideraram-se apenas os cuidadores que responderam o bloco *Cuidadores* do questionário.

Tabela 7. Distribuição dos idosos segundo presença de cuidador familiar, em contexto de baixa vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2010 e 2015.

Presença de cuidador	Grupos de incapacidade			p
	Incidência	Piora	Permanência	
Permaneceu sem cuidador	78,62	25,94	49,56	<0,0001*
Tinha cuidador e passou a não ter	9,51	36,23	28,08	
Mudança de cuidador	3,35	19,82	15,08	
Mesmo cuidador em ambas as coortes	4,75	14,39	4,74	
Não tinha cuidador e passou a ter	3,78	3,62	2,54	

Fonte: Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE.; 2010 e 2015.

*p<0,05.

Em todos os grupos, em ambos os anos, a maior parte dos cuidadores era do sexo feminino, não parou de trabalhar e recebia auxílio de outras pessoas para cuidar do idoso. Quando entrevistados em 2015, já não contavam com a presença de companheiro.

Nos grupos **Incidência** e **Piora**, em 2010, os cuidadores dos idosos incluídos eram predominantemente adultos com idade igual ou superior a 60 anos. Em 2015, em ambos os grupos, os cuidadores tinham idade entre 45 e 59 anos, em sua maioria. Ressalta-se que, apesar dos idosos do grupo **Incidência** não terem relatado dificuldade na realização de ABVD em 2010, havia a presença de um cuidador para auxiliá-los.

Já no grupo **Permanência**, em 2010, a maior parte dos cuidadores tinha idade inferior a 45 anos e, em 2015, predominou a idade igual ou superior a 60 anos.

Houve maior proporção de cuidadores que eram filhos(as) dos idosos, em ambos os anos, com exceção do grupo **Permanência**, em que predominaram outros cuidadores familiares não remunerados em 2010.

Nos grupos **Piora** e **Permanência**, os cuidadores passaram a residir com o idoso em 2015. Os cuidadores dos idosos incluídos no grupo **Incidência** dividiam o domicílio com o idoso tanto em 2010 quanto em 2015.

Nos três grupos de incapacidade funcional, o cuidado não era realizado em tempo integral em 2010. Quando entrevistados em 2015, a maioria dos cuidadores dos grupos **Incidência** e **Permanência** referiu cuidar do idoso o tempo todo.

Os dados relacionados ao perfil dos cuidadores são apresentados na Tabela 8.

Tabela 8. Distribuição dos cuidadores familiares segundo o perfil, em contextos de baixa vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2010 e 2015.

Variáveis	2010				2015			
	Incidência	Piora	Permanência	p	Incidência	Piora	Permanência	p
Sexo								
Feminino	68,25	53,79	78,99	0,255	94,05	66,67	66,97	0,195
Masculino	31,75	46,21	21,01		5,95	33,33	33,03	
Faixa etária								
< 45 anos	31,14	28,91	44,07	0,407	-	27,93	17,65	0,198
45 a 59 anos	33,66	34,83	22,78		59,21	59,58	29,61	
≥ 60 anos	35,19	36,26	33,16		40,79	12,49	52,74	
Parentesco								
Filho	62,06	61,12	47,93	0,218	62,14	84,85	51,25	0,108
Outro familiar não remunerado	37,94	38,88	52,07		37,86	15,15	48,75	
Presença de companheiro								
Sim	62,37	66,13	50,50	0,588	34,36	30,24	31,55	0,242
Não	37,63	33,87	49,50		65,64	69,76	68,45	
Mora na mesma casa que o idoso								
Sim	58,13	26,69	14,47	0,414	73,86	84,60	88,19	0,219
Não	41,87	73,31	85,53		26,14	15,40	11,81	
Frequência com que cuida do idoso								
O tempo todo	15,44	40,66	35,86	0,017*	56,72	37,43	57,30	0,660
Outro	84,56	59,34	64,14		43,28	62,57	42,70	
Parou de trabalhar para cuidar do idoso								
Sim	-	23,16	22,93	0,118	26,11	22,58	22,44	0,807
Não	100,00	76,84	77,07		73,89	77,42	77,56	
Recebe auxílio de outras pessoas para cuidar do idoso								
Sim	60,14	46,29	54,24	0,696	78,82	77,69	62,21	0,538
Não	39,86	53,71	45,76		21,18	22,31	37,79	

Fonte: Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE.; 2010 e 2015.

Em relação à funcionalidade familiar, optou-se por incluir somente os mesmos cuidadores que responderam o questionário em 2010 e em 2015, para verificar possíveis mudanças quanto à percepção da funcionalidade após cinco anos.

Observa-se na tabela 9 que em 2010, em todos os grupos, a maior parte dos cuidadores apresentou boa percepção quanto à funcionalidade familiar. Entretanto, em 2015, a situação inverteu-se em todos os grupos, com predomínio da percepção de disfunção familiar. A diferença entre os anos foi estatisticamente significativa ($p < 0,0001$).

Tabela 9. Distribuição dos cuidadores familiares segundo funcionalidade familiar, em contexto de baixa vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2010 e 2015.

Funcionalidade familiar	2010				2015			
	Incidência	Piora	Permanência	p	Incidência	Piora	Permanência	p
Boa	82,57	67,12	91,09	0,203	49,72	14,10	8,79	0,100
Disfunção	17,43	32,88	8,91		50,28	85,90	94,21	

Fonte: Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE.; 2010 e 2015.

As questões relativas às dificuldades que os cuidadores enfrentavam no cuidado ao idoso e aos aspectos positivos do cuidado foram incluídas somente em 2015. Assim, os dados apresentados referem-se aos cuidadores entrevistados nesse ano.

No grupo **Incidência**, a maior parte dos cuidadores apresentou pontuação baixa na dificuldade total em quase todas as dimensões, com exceção de *Reação*, *Cuidador* e *Restrição*, em que a dificuldade foi moderada. No grupo **Piora** houve predomínio de baixa dificuldade nas dimensões *Restrição*, *Auxílio profissional* e na *dificuldade total*. Somente a dimensão *Cuidador* apresentou dificuldade moderada; nas demais, a dificuldade foi elevada. Já no grupo **Permanência**, a maioria dos cuidadores apresentou baixa dificuldade nas dimensões *Cuidador*, *Auxílio profissional* e *Financeiro*; moderada nas dimensões *Reação*, *Ajuda* e *Relação Interpessoal* e alta para *Restrição* e *Família* (Tabela 10).

Tabela 10. Distribuição dos cuidadores familiares segundo as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em contextos de baixa vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2015.

Variáveis	Grupos de incapacidade			p
	Incidência	Piora	Permanência	
Reação				
Baixa	39,80	29,49	30,68	0,829
Moderada	43,02	32,99	46,00	
Alta	17,17	37,52	23,32	
Ajuda				
Baixa	54,68	33,06	10,93	0,051
Moderada	18,69	11,34	65,74	
Alta	26,63	55,60	23,32	
Cuidador				
Baixa	32,86	35,99	53,12	0,121
Moderada	38,10	51,73	-	
Alta	29,05	12,28	46,88	
Restrição				
Baixa	36,80	37,60	33,34	0,845
Moderada	42,88	28,11	30,99	
Alta	20,32	34,29	35,67	
Auxílio profissional				
Baixa	49,28	50,49	45,51	0,240
Moderada	8,18	6,79	41,44	
Alta	42,53	42,73	13,05	
Família				
Baixa	51,54	29,47	21,17	0,557
Moderada	13,36	15,37	32,72	
Alta	35,10	55,16	46,11	
Interpessoal				
Baixa	44,97	29,32	30,68	0,912
Moderada	28,04	33,78	38,07	
Alta	26,99	36,90	31,25	
Financeiro				
Baixa	57,27	29,51	41,01	0,558
Moderada	10,89	32,93	27,74	
Alta	31,83	37,56	31,25	
Escore total				
Baixa	52,81	44,22	41,61	0,572
Moderada	18,15	22,33	46,88	
Alta	29,05	33,45	11,51	

Fonte: Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE.; 2010 e 2015.

Em relação aos aspectos positivos do cuidado (Tabela 11), no grupo **Incidência**, a maior parte dos cuidadores apresentou elevada satisfação na maior parte das dimensões, inclusive na *satisfação total*. Nas dimensões *Engajamento* e *Crescimento pessoal*, houve predomínio de cuidadores que apresentaram baixa satisfação.

No grupo **Piora**, observou-se maior proporção de cuidadores com baixa satisfação nas dimensões *Controle*, *Ampliar os horizontes* e *Crescimento pessoal*; a satisfação foi moderada nas dimensões *Realização pessoal*, *Engajamento* e na *satisfação total*.

A maior parte dos cuidadores de idosos incluídos no grupo **Permanência** apresentou baixa satisfação em todas as dimensões e na *satisfação total*, com exceção da dimensão *Ampliar os horizontes*, em que a satisfação foi alta.

Tabela 11. Distribuição dos cuidadores familiares segundo os aspectos positivos do cuidado ao idoso, em contextos de baixa vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2015.

Variáveis	2015			p
	Incidência	Piora	Permanência	
Realização pessoal				
Baixa	25,40	41,21	48,76	0,099
Moderada	22,50	52,17	31,50	
Alta	52,10	6,63	19,74	
Controle				
Baixa	3,45	52,62	47,28	0,064
Moderada	44,92	26,21	21,17	
Alta	51,63	21,17	31,55	
Ampliar os horizontes				
Baixa	30,53	58,72	26,68	0,217
Moderada	20,48	28,76	22,75	
Alta	48,99	12,52	50,57	
Engajamento				
Baixa	36,77	37,46	48,76	0,607
Moderada	29,98	51,96	27,14	
Alta	33,26	10,59	24,10	
Crescimento pessoal				
Baixa	47,90	64,61	60,57	0,050
Moderada	7,56	28,76	-	
Alta	44,54	6,63	39,43	
Escore total				
Baixa	26,40	41,21	48,76	0,107
Moderada	20,99	52,17	27,14	
Alta	52,62	6,62	24,10	

Fonte: Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE.; 2010 e 2015.

4.2.5 Aspectos relacionados à incapacidade funcional nos idosos em contextos de baixa vulnerabilidade social

Para cada grupo de incapacidade funcional, foi realizado um modelo de regressão logística múltipla hierarquizada, para verificar os aspectos associados à incapacidade funcional.

No grupo **Incidência**, o sexo masculino apresentou-se como aspecto protetor. No bloco demográfico, ter idade igual ou superior apresentou 3,08 maiores chances de ocorrência de incapacidade funcional. No bloco relacionado às condições de saúde, as chances de incapacidade funcional foram de duas a três vezes maiores para os que apresentavam multimorbidade, doença articular ou doença cerebrovascular. Já a presença de cuidador para auxiliar o idoso na realização de ABVD mostrou-se um aspecto protetor para evitar a piora da funcionalidade (Tabela 12).

Tabela 12. Aspectos relacionados à incidência de incapacidade funcional em idosos. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2015.

Variável	Razão de chances [IC 95%]	P
Bloco demográfico		
Sexo		
Feminino	1,00	
Masculino	0,32 [0,17;0,59]	<0,0001
Faixa etária		
65 a 69 anos	1,00	
70 a 79 anos	1,20 [0,68;2,13]	0,526
≥ 80 anos	3,08 [1,71;5,57]	<0,0001
Bloco condições de saúde*		
Multimorbidade		
Não	1,00	
Sim	2,21 [1,28;3,84]	0,005
Doença articular		
Não	1,00	
Sim	1,89 [1,11;3,22]	0,020
Doença cerebrovascular		
Não	1,00	
Sim	3,00 [1,19;7,54]	0,020

(Continua)

Bloco cuidadores**

Presença de cuidador		
Não	1,00	
Sim	0,11 [0,03;0,41]	0,001

*Ajustado por sexo e faixa etária.

**Ajustado por sexo, faixa etária, multimorbidade, doença articular, doença cerebrovascular e funcionalidade familiar.

No grupo **Piora**, a idade igual ou superior aumentou em 5,48 a chance do idoso referir dificuldade em um número maior de ABVD no período de cinco anos. No bloco condições de saúde, a presença de osteoporose ou doença cerebrovascular relacionaram-se com a piora da capacidade funcional do idoso, com chances aumentadas de 4,43 e 8,06 vezes em relação àqueles que não apresentavam tais problemas de saúde.

No bloco família, a disfunção familiar, segundo a percepção do idoso, aumentou em 4,77 vezes as chances de piora de sua capacidade funcional. A avaliação da própria saúde como muito ruim ou ruim aumentou em 6,73 suas chances de piora. A presença do cuidador foi um aspecto protetor para que o idoso não apresentasse piora da funcionalidade (Tabela 13).

Tabela 13. Aspectos relacionados à piora da capacidade funcional em idosos. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2015.

Variável	Razão de chances [IC 95%]	P
Bloco demográfico		
Faixa etária		
65 a 69 anos	1,00	
70 a 79 anos	1,17 [0,46;2,95]	0,742
≥ 80 anos	5,48 [2,40;12,51]	<0,0001
Bloco condições de saúde*		
Osteoporose		
Não	1,00	
Sim	4,43 [1,96;10,02]	<0,0001
Doença cerebrovascular		
Não	1,00	
Sim	8,06 [2,99;21,70]	<0,0001
Bloco família**		
Funcionalidade familiar		
Boa funcionalidade	1,00	
Disfunção familiar	4,77 [1,63;13,97]	0,005
Bloco cuidadores***		

(Continua)

Presença de cuidador

Não	1,00	
Sim	0,03 [0,01;0,13]	<0,0001

Bloco percepção de saúde******Auto-avaliação de saúde**

Muito boa a boa	1,00	
Regular	2,73 [0,97;7,72]	0,057
Ruim a muito ruim	6,73 [1,37;21,89]	0,019

*Ajustado por faixa etária e polifarmácia

**Ajustado por faixa etária, osteoporose, doença cerebrovascular e polifarmácia.

***Ajustado por faixa etária, osteoporose, doença cerebrovascular, polifarmácia e funcionalidade familiar.

****Ajustado por faixa etária, osteoporose, doença cerebrovascular, polifarmácia, funcionalidade familiar e presença de cuidador.

No grupo **Permanência**, a ausência de companheiro, a presença de multimorbidade, a doença articular, a disfunção familiar e a percepção da própria saúde como ruim ou muito ruim apresentaram associação com a dificuldade em realizar o mesmo número de ABVD entre 2010 e 2015. Somente a presença de cuidador apresentou-se como um aspecto protetor (Tabela 14).

Tabela 14. Aspectos relacionados à permanência da incapacidade funcional em idosos. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2015.

Variável	Razão de chances [IC 95%]	p
Bloco demográfico		
Presença de companheiro		
Sim	1,00	
Não	3,82 [1,62;8,97]	0,002
Bloco condições de saúde*		
Multimorbidade		
Não	1,00	
Sim	8,40 [1,88;37,61]	0,006
Doença articular		
Não	1,00	
Sim	4,69 [2,05;10,72]	<0,0001
Bloco família**		
Funcionalidade familiar		
Boa funcionalidade	1,00	
Disfunção familiar	2,64 [1,01;6,91]	0,047

(Continua)

(Continuação)

Bloco cuidadores*****Presença de cuidador**

Não	1,00	
Sim	0,03 [0,01;0,11]	<0,0001

Bloco percepção de saúde******Autoavaliação de saúde**

Muito boa a boa	1,00	
Regular	1,74 [0,56;5,33]	0,332
Ruim a muito ruim	6,17 [1,56;24,41]	0,01

*Ajustado por presença de companheiro.

**Ajustado por presença de companheiro, multimorbidade e doença articular.

***Ajustado por presença de companheiro, multimorbidade, doença articular e funcionalidade familiar.

****Ajustado por presença de companheiro, multimorbidade, doença articular, funcionalidade familiar e presença de cuidador.

4.3 Contextos de vulnerabilidade social média a alta

4.3.1 Perfil dos idosos por grupos de incapacidade funcional

Nos contextos de vulnerabilidade social média a alta, em 2010, os idosos classificados no grupo **Incidência** tinham, em sua maioria, idade entre 60 a 69 anos. Já em 2015, a maior parte dos idosos desse grupo tinha entre 70 a 79 anos. No grupo **Piora**, a maior parte dos idosos tinha idade entre 70 a 79 anos em 2010 e 80 anos ou mais em 2015. Já o grupo **Permanência** era composto, em sua maioria, por idosos com idade igual ou superior a 80 anos, em ambos os anos. Somente em 2010 a variável apresentou resultado estatisticamente significativo.

Tanto em 2010 quanto em 2015 os grupos **Incidência** e **Piora** tiveram maior proporção de idosos que professavam a religião católica, enquanto no grupo **Permanência** predominou a religião evangélica.

A ausência de companheiro predominou nos três grupos de incapacidade, nos anos de 2010 e 2015 (Tabela 15).

Tabela 15. Distribuição dos idosos segundo a faixa etária, a religião e a presença de companheiro, por grupos de incapacidade funcional, em contextos de média a alta vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2010 e 2015.

Variáveis	2010					2015				
	Ausência	Incidência	Piora	Permanência	<i>p</i>	Ausência	Incidência	Piora	Permanência	<i>p</i>
Faixa etária										
60 a 69**	60,42	57,71	30,75	40,37	0,003*	30,06	25,18	19,73	23,80	0,132
70 a 79	36,18	31,45	47,77	18,60		54,84	45,87	35,10	35,17	
≥ 80 anos	3,41	10,84	21,47	41,03		15,10	28,95	45,17	41,03	
Religião										
Católica	61,44	64,39	71,31	44,56	0,258	59,33	59,73	69,47	44,56	0,233
Evangélica	30,65	35,61	15,08	55,44		31,24	32,90	10,49	55,44	
Outro	7,92	-	13,60	-		9,43	7,37	20,03	-	
Presença de companheiro										
Sim	52,07	47,16	40,79	35,17	0,657	44,88	35,17	36,95	35,17	0,709
Não	47,93	52,84	59,21	64,83		55,12	64,83	63,05	64,83	

Fonte: Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE.; 2010 e 2015.

* $p < 0,05$.

**Para 2015, considerar faixa etária 65 a 69 anos.

4.3.2 Condição de saúde dos idosos por grupos de incapacidade funcional

Dentre os problemas de saúde referidos, a HAS predominou nos três grupos de incapacidade funcional, tanto em 2010 quanto em 2015. No grupo **Incidência**, HAS foi seguida de doença cardíaca e DM; no grupo **Piora**, doença articular e DM e no grupo **Permanência**, doença cerebrovascular e doença articular foram as principais doenças citadas. Apresentaram resultado estatisticamente significativo as variáveis: *presença de DM* (somente para 2010), *doença articular* e *doença cerebrovascular* (para ambos os anos).

Em relação à multimorbidade, somente o grupo **Piora** teve predomínio de idosos que apresentavam tal condição em 2010 e 2015. A maior parte dos idosos do grupo **Incidência** não apresentava multimorbidade e o grupo **Permanência** passou a apresentar maior proporção de idosos que apresentava multimorbidade em 2015. Nesse mesmo ano, a maior parte dos idosos dos três grupos de incapacidade funcional fazia uso de polifarmácia. Em 2010, somente o grupo **Incidência** apresentou predomínio de idosos que utilizava até quatro medicamentos.

A maioria dos idosos avaliou a própria saúde como regular em todos os grupos de incapacidade funcional. Somente o grupo **Piora** teve predomínio de idosos que afirmaram ter sofrido alguma queda nos 12 meses anteriores à entrevista, tanto em 2010 quanto em 2015. O grupo **Incidência** teve maior proporção de idosos que havia tido algum episódio de queda somente em 2015 e a maioria dos integrantes do grupo **Permanência** negou ter sofrido quedas em ambos os anos.

As variáveis *multimorbidade*, *autoavaliação de saúde* e *episódio de queda* obtiveram resultado estatisticamente significativo em ambos os anos. A *polifarmácia* apresentou $p < 0,05$ somente em 2015 (Tabela 16).

Tabela 16. Distribuição dos idosos segundo a condição de saúde, por grupos de incapacidade funcional, em contextos de média a alta vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2010 e 2015.

	2010					2015				
Variáveis	Ausência	Incidência	Piora	Permanência	p	Ausência	Incidência	Piora	Permanênci a	P
Problema de saúde										
Hipertensão arterial sistêmica	66,23	73,50	79,47	100,00	0,240	69,34	70,67	74,12	100,00	0,467
Doença articular	27,42	22,40	63,22	37,51	0,048*	28,30	33,64	66,13	47,68	0,034*
Doença cardíaca	17,77	27,94	19,50	20,41	0,670	20,06	38,86	22,78	41,03	0,123
Diabetes mellitus	17,53	27,22	48,53	16,57	0,041*	23,22	34,05	48,53	26,48	0,173
Osteoporose	13,05	14,60	34,49	30,86	0,070	17,14	14,91	31,87	31,29	0,312
Doença pulmonar crônica	4,90	9,59	13,20	-	0,380	8,29	6,91	13,20	-	0,713
Doença cerebrovascular	5,88	5,22	22,18	52,58	0,001*	8,07	17,16	21,41	52,58	0,012*
Multimorbidade*										
Sim	16,75	36,35	62,30	47,68	0,0002*	24,08	42,32	59,48	67,95	0,006*
Não	83,25	63,65	37,70	52,32		75,92	57,68	59,48	67,95	
Uso de medicamentos										
Um a quatro	57,73	57,45	39,86	35,17	0,450	62,07	35,95	37,55	48,61	0,044*
Cinco ou mais	42,27	42,55	60,14	64,83		37,93	64,05	62,45	51,39	
Autoavaliação de saúde										
Muito boa ou boa	47,60	44,33	16,95	-	0,003*	45,77	28,10	-	32,01	0,002*
Regular	48,66	51,47	54,06	73,71		47,70	60,50	64,28	34,67	
Ruim ou muito ruim	3,75	4,20	28,99	26,29		6,53	11,40	35,72	33,32	
Episódio de queda										
Sim	17,93	33,01	82,73	27,27	:0,0001*	25,48	56,41	60,96	10,35	0,0004*
Não	82,07	66,99	17,27	72,73		74,52	43,59	39,04	89,65	

Fonte: Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE; 2010 e 2015.

*p<0,05.

Em relação às ABVD, a maior parte dos idosos do grupo **Piora** referiu dificuldade para *se vestir sozinho, tomar banho e deitar-se e/ou levantar-se da cama*, em ambos os anos.

No grupo **Permanência**, em 2010 a maioria referiu dificuldade para *se vestir sozinho, atravessar um quarto caminhando e utilizar o banheiro*, enquanto em 2015, a proporção foi maior dos que relataram dificuldade para *se vestir sozinho, atravessar um quarto caminhando e tomar banho*.

No grupo **Incidência**, em 2010 a maioria negou dificuldade na realização de ABVD mas, em 2015, cresceu a proporção de dificuldades em *se vestir, atravessar um quarto caminhando e deitar-se e/ou levantar-se da cama*. Em ambos os anos, obteve-se resultado estatisticamente significativo para todas as atividades (Tabela 17).

Tabela 17. Distribuição dos idosos segundo a dificuldade referida para a realização de atividades básicas de vida diária, por grupos de incapacidade funcional, em contextos de média a alta vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2010 e 2015.

Variáveis	2010					2015				
	Ausência	Incidência	Piora	Permanência	p	Ausência	Incidência	Piora	Permanência	p
Atravessar um quarto caminhando	1,30	-	26,24	63,28	<0,0001*	-	33,57	69,99	63,34	<0,0001*
Vestir-se	1,45	-	79,04	64,83	<0,0001*	-	64,65	95,15	50,63	<0,0001*
Tomar banho	-	-	37,46	54,65	<0,0001*	-	22,74	81,73	73,20	<0,0001*
Fazer a higiene pessoal	3,29	-	20,60	40,37	0,0005*	-	26,19	60,29	13,45	<0,0001*
Comer sozinho	-	-	9,84	13,45	0,009*	-	8,54	39,48	23,62	<0,0001*
Deitar/levantar da cama	-	-	33,03	53,10	<0,0001*	-	25,61	74,84	36,15	<0,0001*
Utilizar o banheiro	2,48	-	28,21	63,34	<0,0001*	-	22,05	68,72	24,33	<0,0001*

Fonte: Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE.; 2010 e 2015.

*p<0,05.

4.3.3 Características das famílias e do apoio social dos idosos por grupos de incapacidade funcional

No grupo **Permanência**, em ambos os anos, não foi verificada a presença de idosos que viviam sozinhos. No grupo **Incidência**, diminuiu a proporção de idosos que referiram morar sozinhos em 2015, em comparação com 2010, e no grupo **Piora**, houve ligeiro aumento na proporção de idosos que relataram não compartilhar o domicílio com outras pessoas. Nesses dois grupos de incapacidade funcional, houve predomínio de idosos que moravam com uma a três pessoas. Verificou-se maior proporção de idosos que residia com o cônjuge nos grupos **Piora** (em 2010) e **Incidência** (em 2015). Em ambos os anos, o grupo **Incidência** apresentou predomínio de idosos que residiam com o(a) filho(a) e/ou com o(a) neto(a). Os grupos **Permanência** e **Piora** apresentaram maior proporção de idosos que referiram residir com outros familiares, em 2010 e 2015.

Em todos os grupos predominou a boa percepção da funcionalidade familiar, tanto em 2010 e quanto em 2015. Somente em 2010 a funcionalidade familiar apresentou resultado estatisticamente significativo.

Em relação ao apoio recebido pelos familiares que residiam com o idoso, somente o grupo **Permanência** apresentou diminuição na proporção dos que referiram receber apoio afetivo, que passou de 37,40% em 2010 para 14,97% em 2015. Nos demais grupos, houve aumento na proporção de respostas afirmativas para todas as categorias de apoio, quando comparados os anos de 2010 e 2015 (Tabela 18).

Tabela 18. Distribuição dos idosos segundo a funcionalidade familiar e o número de integrantes na família, por grupos de incapacidade funcional, em contextos de vulnerabilidade social média a alta. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, 2010 e 2015.

Variáveis	2010					2015				
	Ausência	Incidência	Piora	Permanência	p	Ausência	Incidência	Piora	Permanência	p
Número de pessoas										
Zero	21,64	24,26	25,33	-	0,685	12,78	12,31	26,41	-	0,273
Um a três	64,73	65,27	70,24	89,82		66,59	72,89	73,59	89,82	
Quatro ou mais	13,63	10,47	4,43	10,18		20,63	14,80	-	10,18	
Reside com										
Cônjuge	53,12	47,56	51,62	35,17	0,761	56,55	41,28	36,95	39,15	0,309
Filho	56,33	65,57	47,57	47,54	0,666	61,58	68,96	56,73	52,93	0,794
Neto	33,16	48,60	39,13	30,86	0,613	33,44	56,79	41,62	44,02	0,314
*Outras pessoas	20,08	21,23	24,88	34,38	0,798	14,19	24,03	35,34	26,89	0,197
Funcionalidade familiar										
Boa funcionalidade	90,34	86,36	72,28	56,50	0,013*	90,10	79,60	85,28	68,77	0,332
Disfunção familiar	9,66	13,64	27,72	43,50		9,90	20,40	14,72	31,23	
Recebe apoio										
Financeiro	56,02	66,82	46,36	68,25	0,594	62,34	65,49	54,17	76,69	0,764
Em tarefas extradomiciliares	18,15	31,61	39,76	44,81	0,046*	60,70	59,24	67,81	62,11	0,946
Em tarefas domiciliares	71,15	67,80	54,77	46,72	0,310	76,22	87,36	82,69	58,64	0,365
No cuidado pessoal	2,77	12,53	37,94	26,01	0,0001	30,28	58,13	77,95	58,64	0,001*
**Material	15,96	16,38	34,95	11,92	0,356	35,43	42,68	48,88	37,40	0,725
***Afetivo	19,59	36,91	42,81	37,40	0,192	42,09	44,74	48,24	14,97	0,472

Fonte: Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE.; 2010 e 2015.

*p<0,05.

4.3.4 Perfil dos cuidadores familiares por grupos de incapacidade funcional

Dentre os cuidadores que responderam o bloco *Cuidadores* em 2010 e em 2015, nos contextos de média/alta vulnerabilidade, verificou-se que os idosos incluídos no grupo **Piora** apresentaram maior proporção de cuidadores familiares para os auxiliar na realização de ABVD. Dentre esses, a maior parte (43,98%) correspondia ao mesmo cuidador em ambos os anos (Tabela 19).

Tabela 19. Distribuição dos idosos com incapacidade funcional segundo presença de cuidador, em contexto de média/alta vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2015.

Presença de cuidador	Grupos de incapacidade			p
	Incidência	Piorou	Permaneceu	
Sem cuidador	71,02	25,32	16,57	<0,0001*
Perdeu cuidador	14,15	21,21	62,81	
Mesmo cuidador	5,13	43,98	9,92	
Passou a ter	6,99	5,64	-	
Mudou	2,72	3,85	10,70	

Fonte: Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE.; 2010 e 2015.

De acordo com a Tabela 20, verifica-se que a maior parte dos cuidadores era do sexo feminino, contava com a presença de companheiro e recebia auxílio de outras pessoas para realizar o cuidado do idoso, em todos os grupos de incapacidade funcional e em ambos os anos.

Em relação à faixa etária, em 2010, nos grupos **Incidência** e **Piora**, a maior parte dos cuidadores tinha idade inferior a 45 anos e, em 2015, o grupo **Piora** teve maior proporção de idosos com idade entre 45 a 59 anos. Já no grupo **Permanência**, a maioria dos cuidadores tinha idade igual ou superior a 60 anos em 2010 e, em 2015, entre 45 a 59 anos.

Em 2015, todos os grupos de incapacidade funcional apresentaram predomínio de filhos(as) que cuidavam dos pais; em 2010, somente o grupo **Piora** apresentou maior proporção desses cuidadores.

Em ambos os anos, a maior parte dos cuidadores residia no mesmo domicílio que o idoso, com exceção do grupo **Permanência** que, no ano 2010, teve maior proporção de cuidadores que morava em outra residência.

A maior parte dos cuidadores passou a realizar o cuidado em período integral em 2015, nos grupos **Incidência** e **Piora**; no grupo **Permanência**, o cuidado era realizado o tempo todo, em ambos os anos.

Em relação ao trabalho, somente o grupo **Incidência** apresentou maior proporção de cuidadores que referiram ter abandonado o serviço para poder se dedicar à tarefa de cuidado, em ambos os anos. Nos grupos **Piora** e **Permanência**, isso ocorreu para a maior parte dos cuidadores somente em 2015.

Tabela 20. Distribuição dos cuidadores familiares segundo o perfil, em contextos de média/alta vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2015.

Variáveis	2010				2015			
	Incidência	Piora	Permanência	p	Incidência	Piora	Permanência	p
Sexo								
Feminino	62,96	93,58	100,00	0,142	79,17	92,47	100,00	0,674
Masculino	37,04	6,42	-		20,83	7,53	-	
Faixa etária								
< 45 anos	52,50	50,95	25,40	0,298	72,60	16,12	-	0,266
45 a 59 anos	32,64	42,63	19,23		27,40	57,15	68,58	
≥ 60 anos	14,86	6,42	55,37		-	26,73	31,42	
Parentesco								
Filho	47,86	60,89	42,14	0,083	79,28	60,65	60,53	0,550
Outro familiar não remunerado	52,14	39,11	57,86		20,72	39,35	39,47	
Presença de companheiro								
Sim	87,82	73,03	71,78	0,859	63,03	68,61	70,89	0,633
Não	12,18	26,97	28,22		36,97	31,39	29,11	
Mora na mesma casa que o idoso								
Sim	63,54	69,82	39,02	0,427	79,28	62,53	60,53	0,595
Não	36,46	30,18	60,98		20,72	37,47	39,47	
Frequência com que cuida do idoso								
O tempo todo	12,50	36,28	71,35	0,095	83,86	81,27	68,58	0,766
Outro	87,50	63,72	28,65		16,14	18,73	31,42	
Parou de trabalhar para cuidar do idoso								
Sim	51,04	46,32	31,97	0,797	68,95	76,08	68,58	0,482
Não	48,96	53,68	68,03		31,05	23,92	31,42	
Recebe auxílio de outras pessoas para cuidar do idoso								
Sim	84,11	67,82	86,07	0,599	58,45	92,47	100,00	0,303
Não	15,89	32,18	13,93		41,55	7,53	-	

Fonte: Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE.; 2010 e 2015.

A maior parte dos cuidadores apresentou boa percepção da funcionalidade familiar, em ambos os anos e em todos os grupos de incapacidade funcional. A diferença de percepção entre 2010 e 2015 foi estatisticamente significativa (Tabela 21).

Tabela 21. Distribuição dos cuidadores familiares segundo a funcionalidade familiar, em contextos de média/alta vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2015.

Funcionalidade familiar	2010				2015			
	Incidência	Piora	Permanência	p	Incidência	Piora	Permanência	p
Boa	100,00	79,75	54,28	0,134	64,75	55,73	57,55	0,974
Disfunção	-	20,25	45,72		35,25	44,27	42,45	

Fonte: Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE.; 2010 e 2015.

Observa-se na tabela 14 que a dificuldade total e as dimensões *Reação* e *Restrição* apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os grupos de incapacidade funcional. No grupo **Permanência**, todos os cuidadores referiram dificuldade elevada no *escore total* e nas dimensões *Reação* e *Restrição*. O grupo **Incidência** teve predomínio de cuidadores que apresentaram dificuldade elevada no *escore total* e na dimensão *Reação*. Na dimensão *Restrição*, a dificuldade foi moderada. Já no grupo **Piora**, a maior parte dos cuidadores apresentou dificuldade moderada no *escore total* e nas duas dimensões acima citadas.

Em relação às demais dimensões do CADI, os cuidadores que integravam o grupo **Incidência** apresentaram, em sua maioria, dificuldade elevada na maior parte dos domínios. A dificuldade foi baixa nas dimensões *Cuidador* e *Auxílio profissional* e moderada somente na dimensão *Interpessoal*. No grupo **Piora**, a maior parte dos cuidadores apresentou dificuldade moderada na dimensão *Ajuda*; nas dimensões *Cuidador* e *Interpessoal*, a dificuldade foi baixa e nas demais, elevada.

O grupo **Permanência** teve predomínio de cuidadores que referiram dificuldade elevada na maior parte das dimensões. Somente para *Auxílio profissional* apresentaram dificuldade moderada.

Tabela 22. Distribuição dos cuidadores familiares segundo as dificuldades enfrentadas no cuidado, em contextos de média/alta vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2015.

	2015			
Variáveis	Incidência	Piora	Permanência	P
Reação				
Baixa	20,72	12,94	-	0,008*
Moderada	30,05	81,28	-	
Alta	48,23	5,78	100,00	
Ajuda				
Baixa	24,71	35,56	-	0,160
Moderada	-	48,30	29,11	
Alta	75,29	16,14	70,89	
Cuidador				
Baixa	36,86	51,51	-	0,268
Moderada	27,40	20,95	-	
Alta	35,74	27,55	100,00	
Restrição				
Baixa	20,72	39,20	-	0,004*
Moderada	43,53	60,80	-	
Alta	35,74	-	100,00	
Auxílio profissional				
Baixa	58,45	23,29	-	0,252
Moderada	-	21,11	60,53	
Alta	41,55	55,60	39,47	
Família				
Baixa	-	24,29	-	0,699
Moderada	20,72	21,46	31,42	
Alta	78,28	54,25	68,58	
Interpessoal				
Baixa	20,72	38,20	-	0,249
Moderada	43,53	34,26	-	
Alta	35,74	27,55	100,00	
Financeiro				
Baixa	20,72	33,05	-	0,496
Moderada	31,05	20,95	-	
Alta	48,23	46,00	100,00	
Escore total				

(Continua)

Baixa	36,86	48,21	-	
Moderada	14,91	51,79	-	0,002*
Alta	48,23	-	100,00	

Fonte: Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE.; 2015.

*p<0,05.

Em relação aos aspectos positivos do cuidado ao idoso com incapacidade funcional, não foi verificada diferença estatisticamente significativa entre os grupos entre a variável e seus domínios (Tabela 23).

No grupo **Incidência**, a maior parte dos cuidadores apresentou satisfação baixa nos domínios *Realização pessoal*, *Engajamento* e *Crescimento pessoal* e moderada satisfação nos domínios *Controle*, *Ampliar os horizontes* e no escore total do CASI.

No grupo **Piora**, houve predomínio de satisfação elevada somente no domínio *Ampliar os horizontes*; a satisfação foi baixa para *Realização pessoal* e *Crescimento pessoal*. Nos demais domínios, a maior parte dos cuidadores apresentou moderada satisfação.

O grupo **Permanência** apresentou maior proporção de cuidadores que tiveram satisfação elevada na maior parte dos domínios, inclusive no *escore total*. A satisfação foi baixa somente para o domínio *Ampliar os horizontes* e moderada para *Realização pessoal* e *Controle*.

Tabela 23. Distribuição dos cuidadores familiares segundo os aspectos positivos do cuidado ao idoso, em contextos de média/alta vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2015.

	2015			
Variáveis	Incidência	Piora	Permanência	p
Realização pessoal				
Baixa	63,03	40,36	29,11	0,593
Moderada	36,97	38,42	70,89	
Alta	-	21,22	-	
Controle				
Baixa	-	17,46	31,42	0,304
Moderada	100,00	47,19	68,58	
Alta	-	35,35	-	
Ampliar os horizontes				
Baixa	27,40	30,40	60,53	0,713
Moderada	41,55	26,73	-	
Alta	31,05	42,88	39,47	
Engajamento				
Baixa	79,17	29,65	31,42	0,142
Moderada	-	62,83	29,11	
Alta	20,83	7,52	39,47	
Crescimento pessoal				
Baixa	63,03	45,46	31,42	0,184
Moderada	36,97	37,60	-	
Alta	-	16,95	68,58	
Escore total				
Baixa	42,31	30,40	31,42	0,746
Moderada	57,69	45,13	29,11	
Alta	-	24,47	39,47	

Fonte: Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE.; 2010 e 2015.

4.3.5 Aspectos relacionados à incapacidade funcional nos idosos nos contextos de média/alta vulnerabilidade social

Em relação aos aspectos associados à **incidência** da incapacidade funcional, os idosos que referiram doença cardíaca tiveram 3,03 vezes maiores chances de passar a relatar dificuldade na realização de ABVD; aqueles que tiveram algum episódio de queda nos 12 meses anteriores à entrevista tiveram chances aumentadas de 4,29 vezes, em comparação com aqueles que não referiram quedas no período, e os que tiveram percepção de disfunção familiar, a chance foi 4,15 vezes maior para ocorrência de incapacidade funcional, quando comparados com os entrevistados que tiveram uma boa percepção quanto à funcionalidade familiar (Tabela 24).

Tabela 24. Aspectos relacionados à incidência de incapacidade funcional em idosos, em contextos de média/alta vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2015.

Variáveis	Razão de chances [IC 95%]	p
Bloco condições de saúde*		
Doença cardíaca		
Não	1,00	
Sim	3,03 [1,12;8,19]	0,03
Episódio de quedas		
Não	1,00	
Sim	4,29 [2,22;8,32]	<0,0001
Bloco família**		
Funcionalidade familiar		
Boa funcionalidade	1,00	
Disfunção familiar	4,15 [1,07;16,05]	0,039

*Ajustado por faixa etária.

**Ajustado por faixa etária, doença cardíaca e episódio de queda.

Idosos que faziam uso de polifarmácia tiveram chances aumentadas de 5,39 vezes para piora da capacidade funcional e aqueles que tiveram piora da percepção da própria saúde, ou seja, a auto-avaliação de saúde foi pior em 2015, quando comparada com 2010, tiveram chances 13,72 vezes maiores de apresentar piora da capacidade funcional, quando comparados

com aqueles que tiveram percepção melhor ou semelhante da própria saúde. Os aspectos protetores para evitar a piora dos idosos foram o sexo masculino e a presença de cuidador (Tabela 25).

Tabela 25. Aspectos relacionados à piora da capacidade funcional em idosos, em contextos de média/alta vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2015.

Variáveis	Razão de chances [IC 95%]	p
Bloco demográfico*		
Sexo		
Feminino	1,00	
Masculino	0,16 [0,03;0,82]	0,028
Bloco condições de saúde**		
Polifarmácia		
Não	1,00	
Sim	5,39 [0,44;16,52]	0,279
Bloco cuidadores***		
Presença de cuidador		
Não	1,00	
Sim	0,01 [0,002;0,81]	<0,0001
Bloco percepção de saúde****		
Avaliação da própria saúde entre 2010 e 2015		
Melhorou	1,00	
Mesma percepção	2,48 [0,45;13,75]	0,294
Piorou	13,72 [2,92;64,39]	0,001

*Ajustado por presença de companheiro.

**Ajustado por sexo e presença de companheiro.

***Ajustado por sexo, presença de companheiro, polifarmácia e funcionalidade familiar.

****Ajustado por sexo, presença de companheiro, polifarmácia, funcionalidade familiar e presença de cuidador.

Por fim, no grupo **Permanência**, somente o bloco família apresentou resultado estatisticamente significativo frente à incapacidade funcional. A presença de disfunção familiar, na perspectiva do idoso, aumentou em 6,94 vezes sua chance de apresentar dificuldades no mesmo número de ABVD entre 2010 e 2015 (Tabela 26).

Tabela 26. Aspectos relacionados à permanência da incapacidade funcional em idosos, em contextos de média/alta vulnerabilidade social. Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE. São Paulo, SP, 2015.

Variáveis	Razão de chances [IC 95%]	<i>p</i>
Bloco família*		
Funcionalidade familiar		
Boa funcionalidade	1,00	
Disfunção familiar	6,94 [1,10;43,71]	0,039

*Ajustado por raça/cor e polifarmácia.

4.4 Síntese: grupo de incapacidade funcional x contexto de vulnerabilidade

Para evidenciar as principais diferenças entre os idosos dos distintos grupos de incapacidade funcional, de acordo com os contextos de vulnerabilidade social em que estavam inseridos, optou-se por apresentar a síntese das características predominantes em cada um dos grupos. O Quadro 2 apresenta os resultados para o grupo **Incidência**.

Quadro 2 - Síntese das características predominantes em cada contexto de vulnerabilidade social, para o grupo Incidência.

GRUPO INCIDÊNCIA	
BAIXA VULNERABILIDADE	MÉDIA A ALTA VULNERABILIDADE
Idosos	
<ul style="list-style-type: none"> Do total de idosos em contexto de baixa vulnerabilidade, 61,06% foi classificado no grupo Incidência. 	<ul style="list-style-type: none"> Do total de idosos em média/alta vulnerabilidade, 54,58% foi incluído no grupo Incidência.
<ul style="list-style-type: none"> Predomínio de raça/cor branca 2010: presença de companheiro 2015: ausência de companheiro Ambos os anos: polifarmácia 2010: saúde muito boa/boa 2015: saúde regular. Ambos os anos: maioria negou episódio de queda 	<ul style="list-style-type: none"> Predomínio de raça/cor não branca Ambos os anos: ausência de companheiro 2010: um a quatro medicamentos; 2015: polifarmácia Ambos os anos: saúde regular 2010: negou episódio de queda 2015: referiu episódio de queda
<ul style="list-style-type: none"> Dificuldade em ABVD: vestir-se sozinho, transferência da cama e tomar banho sozinho 	<ul style="list-style-type: none"> Dificuldade em ABVD: vestir-se sozinho, locomoção e higiene pessoal
Aspectos relacionados à incapacidade funcional	
<ul style="list-style-type: none"> Sexo feminino Idade ≥80 anos Multimorbidade Doença articular Doença cerebrovascular Ausência de cuidador 	<ul style="list-style-type: none"> Doença cardíaca Episódio de queda Disfunção familiar
Apoio	
<ul style="list-style-type: none"> 2010: tarefas domiciliares, apoio financeiro e tarefas extradomiciliares; 2015: tarefas domiciliares, extradomiciliares e apoio financeiro. 	<ul style="list-style-type: none"> 2010: tarefas domiciliares, apoio financeiro e afetivo; 2015: tarefas domiciliares, apoio financeiro e tarefas extradomiciliares.

(Continua)

Cuidadores	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 11,88% dos idosos contava com cuidador. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 14,84% dos idosos contava com um cuidador.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2010: idade ≥ 60 anos; 2015: idade entre 45 a 59 anos. ▪ Ambos os anos: filhos. ▪ 2010: presença de companheiro; 2015: ausência de companheiro. ▪ Não parou de trabalhar para cuidar do idoso. ▪ 2010: boa percepção da funcionalidade familiar; 2015: disfunção familiar. ▪ Baixa dificuldade enfrentada no cuidado. ▪ Alta satisfação pelo cuidado realizado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Em ambos os anos: idade < 44 anos. ▪ 2010: cuidado realizado por outro familiar; 2015: filho. ▪ Ambos os anos: contava com companheiro. ▪ Parou de trabalhar. ▪ Ambos os anos: percepção de boa funcionalidade familiar. ▪ Elevada dificuldade enfrentada no cuidado. ▪ Moderada satisfação pelo cuidado realizado.

Em ambos os contextos, predominaram as seguintes características, para o grupo **Incidência**:

- **Relacionadas aos idosos:** sexo feminino, idade entre 60 a 69 anos (2010) e 70 a 79 anos (2015), principais problemas de saúde referidos foram HAS e DM, uma a duas doenças referidas e avaliação da própria saúde regular.
- **Relacionadas às famílias:** idosos residiam com uma a três pessoas, dividiam o domicílio principalmente com filhos e referiam boa funcionalidade familiar.
- **Relacionadas aos cuidadores:** sexo feminino, passaram a cuidar do idoso em tempo integral, dividiam o domicílio com o idoso e recebiam auxílio de outras pessoas para realização do cuidado.

O Quadro 3 apresentada as principais diferenças entre os contextos de baixa e média/alta vulnerabilidade social para o grupo **Piora**.

Quadro 3: Síntese das características predominantes em cada contexto de vulnerabilidade social, para o grupo Piora.

GRUPO PIORA	
BAIXA VULNERABILIDADE	MÉDIA A ALTA VULNERABILIDADE
Idosos	
<ul style="list-style-type: none"> Do total de idosos em contexto de baixa vulnerabilidade, 19,41% foi classificado no grupo Piora 	<ul style="list-style-type: none"> Do total de idosos em média/alta vulnerabilidade, 30,93% foi incluído no grupo Piora
<ul style="list-style-type: none"> Predomínio de raça/cor branca 2010: presença de companheiro 2015: ausência de companheiro 2010: Osteoporose e doença cardíaca 2015: Doença articular e osteoporose Ambos os anos: ausência de quedas Dificuldade em ABVD: 2010: vestir-se sozinho, tomar banho sozinho e fazer uso do banheiro. 2015: transferência da cama, vestir-se sozinho e locomoção 	<ul style="list-style-type: none"> Predomínio de raça/cor não branca. Ambos os anos: ausência de companheiro Ambos os anos: doença articular e DM Ambos os anos: referiu quedas Dificuldade em ABVD: Em ambos os anos: vestir-se sozinho, tomar banho sozinho e transferência da cama
Aspectos relacionados à incapacidade funcional	
<ul style="list-style-type: none"> Idade ≥80 anos Osteoporose Doença cerebrovascular Disfunção familiar Auto-avaliação de saúde ruim a muito ruim 	<ul style="list-style-type: none"> Sexo feminino Polifarmácia Ausência de cuidador Piora da avaliação da própria saúde entre 2010 e 2015
Apoio	
<ul style="list-style-type: none"> 2010: tarefas domiciliares, extradomiciliares e apoio financeiro 2015: tarefas extradomiciliares domiciliares e cuidado pessoal 	<ul style="list-style-type: none"> 2010: tarefas domiciliares, apoio financeiro e afetivo 2015: tarefas domiciliares, cuidado pessoal e tarefas extradomiciliares
Cuidadores	
<ul style="list-style-type: none"> 37,83% dos idosos contava com um cuidador 2010: idade ≥ 60 anos;= 2015: idade entre 45 a 59 anos Passou a morar com o idoso em 2015 Em ambos os anos: não auxiliava o idoso o tempo todo 2010: não recebia auxílio no cuidado 2015: recebia auxílio de outras pessoas 	<ul style="list-style-type: none"> 53,47% dos idosos contava com um cuidador 2010: idade <45 anos 2015: idade entre 45 a 59 anos Em ambos os anos: morava com idoso. 2010: não auxiliava o idoso o tempo todo 2015: cuidado em tempo integral. Em ambos os anos: contava com auxílio de outras pessoas

(Continua)

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Em ambos os anos: não parou de trabalhar. ▪ 2010: boa funcionalidade familiar; 2015: disfunção familiar. ▪ Baixa dificuldade no cuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2010: não parou de trabalhar 2015: parou de trabalhar para se dedicar ao cuidado ▪ Em ambos os anos: boa funcionalidade familiar ▪ Moderada dificuldade no cuidado.
--	---

Em ambos os contextos predominaram as seguintes características, para o grupo **Piora**:

- **Relacionadas aos idosos:** sexo feminino, idade entre 70 a 79 anos (2010) e ≥ 80 anos (2015), religião católica, presença de HAS, multimorbidade, uso de polifarmácia e auto-avaliação de saúde regular.
- **Relacionadas às famílias:** idosos residiam com uma a três pessoas, dividiam o domicílio principalmente com filhos e boa funcionalidade familiar, sob perspectiva dos idosos.
- **Relacionadas aos cuidadores:** sexo feminino, maioria era filho(a) do idoso e apresentou moderada satisfação pelo cuidado prestado.

No Quadro 4 são apresentadas as diferenças entre os contextos de baixa e média/alta vulnerabilidade social para o grupo **Permanência**.

Quadro 4: Síntese das características predominantes em cada contexto de vulnerabilidade social, para o grupo Permanência.

GRUPO PERMANÊNCIA	
BAIXA VULNERABILIDADE	MÉDIA A ALTA VULNERABILIDADE
Idosos	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Do total de idosos em contextos de baixa vulnerabilidade, 19,53% foi classificado no grupo Permanência 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Do total de idosos em contextos de média/alta vulnerabilidade, 14,49% foi incluído no grupo Permanência
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Predomínio de raça/cor branca 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Predomínio de raça/cor não branca
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Religião católica ▪ Em ambos os anos: HAS, doença articular e osteoporose. ▪ Em ambos os anos: multimorbidade 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Religião evangélica ▪ Ambos os anos: HAS, doença cerebrovascular e doença articular ▪ 2010: uma a duas doenças; ▪ 2015: multimorbidade

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificuldade em ABVD 2010: vestir-se sozinho, uso do banheiro e higiene pessoal; 2015: vestir-se sozinho, transferência da cama e locomoção. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificuldade em ABVD 2010: vestir-se sozinho, uso do banheiro e locomoção; 2015: tomar banho sozinho, locomoção e vestir-se sozinho.
Aspectos relacionados à incapacidade funcional	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausência de companheiro ▪ Multimorbidade ▪ Doença articular ▪ Disfunção familiar ▪ Ausência de cuidador ▪ Auto-avaliação saúde: ruim/muito ruim 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disfunção familiar.
Apoio	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tarefas domiciliares, extradomiciliares e apoio financeiro. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tarefas extradomiciliares, domiciliares, apoio financeiro, e cuidado pessoal.
Cuidadores	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 22,36% dos idosos contava com um cuidador ▪ 2010: idade <45 anos 2015: idade ≥60 anos ▪ 2010: não auxiliava o idoso o tempo todo 2015: exercia o cuidado em tempo integral 2010: não recebia auxílio no cuidado 2015: contava com auxílio de outras pessoas ▪ Em ambos os anos: não parou de trabalhar. ▪ 2010: boa funcionalidade familiar; 2015: disfunção familiar. ▪ Moderada dificuldade no cuidado. ▪ Baixa satisfação pelo cuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 20,62% dos idosos contava com um cuidador. ▪ 2010: idade ≥60 anos 2015: idade entre 45 a 59 anos ▪ Em ambos os anos: cuidado em tempo integral. ▪ Em ambos os anos: contava com auxílio de outras pessoas. ▪ 2010: não parou de trabalhar; 2015: parou de trabalhar para se dedicar ao cuidado. ▪ Em ambos os anos: boa funcionalidade familiar. ▪ Elevada dificuldade no cuidado. ▪ Elevada satisfação pelo cuidado.

Em ambos os contextos de vulnerabilidade, predominaram as seguintes características para o grupo **Permanência**:

- **Relacionadas aos idosos:** sexo feminino, ausência de companheiro, polifarmácia, auto-avaliação de saúde regular, ausência de episódio de queda.

- **Relacionadas às famílias:** idosos residiam com uma a três pessoas, dividiam o domicílio principalmente com filhos(as) e referiam boa funcionalidade familiar.
- **Relacionadas aos cuidadores:** sexo feminino, o cuidado era realizado por outro familiar (2010) e pelo filho(a) (2015) e passaram a dividir a residência com o idoso.

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo avaliar o impacto na família do cuidado a idosos com incapacidades e dependência, tendo como premissa que a presença da incapacidade funcional não acarreta consequências negativas somente para o indivíduo e seu cuidador – no caso o idoso contar com o auxílio de outra pessoa para o apoiar na realização das AVD. A incapacidade funcional e a dependência de um integrante podem repercutir negativamente em toda a família, que necessita reorganizar sua dinâmica, o que pode ocasionar piora das relações familiares, maiores gastos financeiros, piora da condição de saúde de outros membros da família, entre outras situações adversas geradas pela carga do cuidado.

Além dos indicadores epidemiológicos, a carga do cuidado considera também aspectos relacionados ao cuidado ao paciente com doença crônica, possibilita maior compreensão sobre suas necessidades, pode orientar os serviços de saúde para o atendimento de pacientes, cuidadores e famílias e contribuir para formulação de políticas públicas, por permitir a visualização do cenário do cuidado de forma integral⁽¹²⁾.

Por ser um constructo que não pode ser medido objetivamente, procurou-se analisá-la por meio do impacto que a incapacidade funcional pode ter gerado nos idosos, nas famílias e nos cuidadores. Optou-se por considerar apenas a dimensão social da carga do cuidado, por incluir os principais sujeitos que convivem com o idoso com incapacidade funcional e permitir a compreensão de forma mais aprofundada sobre os aspectos que necessitam de maior atenção para sua redução.

Ao analisar a carga do cuidado, além de verificar os efeitos decorrentes do problema de saúde que afeta os idosos, seus cuidadores e a família como um todo, é fundamental reconhecer e integrar o conhecimento sobre o contexto em que o idoso está inserido. Assim, os idosos incluídos neste estudo foram agrupados de acordo com os contextos de vulnerabilidade social baixa e média/alta.

O contexto de vulnerabilidade social é um aspecto relevante que pode influenciar a saúde do idoso e a dinâmica familiar. Em situação de elevada vulnerabilidade social, a baixa escolaridade e a renda familiar insuficiente para suprir as necessidades do cotidiano são dois exemplos de obstáculos importantes e que falam em favor da necessidade de disponibilizar serviços sociais a esse grupos, para que os efeitos negativos do contexto sejam minimizados⁽⁴¹⁾.

A baixa escolaridade repercute nas condições de saúde dos idosos, pois nem sempre as informações disponíveis consideram esse grupo social, que pode não compreender quais são os cuidados necessários para sua saúde. Quanto à renda, os idosos têm sua situação agravada nos contextos de alta vulnerabilidade, pois o benefício previdenciário a que têm direito é insuficiente para suprir suas necessidades de sobrevivência. Além disso, há casos em que a família conta apenas com esse recurso para seu sustento⁽⁴¹⁾.

Estudo anterior que também utilizou dados do Estudo SABE verificou que a fragilidade de idosos possui associação negativa com a satisfação com a vida, porém essa relação só é observada em contextos em que a vulnerabilidade social está presente⁽⁴²⁾.

Investigação que buscou investigar aspectos relacionados à vulnerabilidade social entre idosos, com uma amostra de 2.740 indivíduos canadenses com idade igual ou superior a 65 anos, encontrou associação entre vulnerabilidade social e mortalidade, ou seja, idosos que viviam em contextos de maior vulnerabilidade social apresentavam chances aumentadas de vir a falecer ao longo de dez anos, em comparação com aqueles que viviam em contextos de baixa vulnerabilidade. Os pesquisadores encontraram ainda sete dimensões inter-relacionadas que influenciaram a vulnerabilidade social: autoestima, senso de controle, condição de moradia, apoio social, compromisso social, relação com outras pessoas e condição socioeconômica da vizinhança⁽⁴³⁾.

Embora seja consenso que, a medida em que o indivíduo envelhece, há chances aumentadas de mortalidade, é fundamental que o contexto em que o idoso está inserido seja considerado. Estudos que buscam analisar grupos de idosos em diferentes condições físicas e sociais possibilitam a compreensão dos aspectos que favorecem o envelhecimento saudável, o que pode colaborar para o planejamento à saúde e melhorar a qualidade de vida dessa população⁽⁴⁴⁾.

Na presente investigação, observou-se que entre os anos de 2010 e 2015, houve aumento na proporção de idosos que referiram três ou mais doenças e uso de polifarmácia. É bastante conhecida a relação entre o número de doenças e o aumento da idade: com o passar dos anos, a possibilidade de o indivíduo apresentar multimorbidade aumenta.

Estudo que analisou a distribuição da multimorbidade em pacientes cadastrados em um sistema de atendimento à saúde da APS no Reino Unido verificou que a multimorbidade predominou entre os idosos com idade igual ou superior a 65 anos, em comparação com pessoas com idade inferior a 65 anos. Entretanto, em áreas mais vulneráveis, os indivíduos com idade inferior a 65 anos apresentaram maior chance de apresentar multimorbidade que aqueles que residiam em contextos de baixa vulnerabilidade⁽³⁴⁾.

Os autores destacaram a necessidade de um atendimento adequado, que possibilite o acompanhamento desses indivíduos, uma vez que os serviços de saúde em geral ainda consideram que o usuário possui apenas um problema de saúde. Entretanto, a presença de multimorbidade vem aumentando e sua prevalência entre as diferentes faixas etárias pode variar de acordo com o contexto em que o indivíduo está inserido. O atendimento fragmentado traz inúmeros prejuízos ao usuário, tanto no cuidado inadequado à saúde quanto na prescrição indiscriminada de medicamentos⁽³⁴⁾.

A polifarmácia em geral está relacionada a faixa etária do idoso, problemas de saúde e auto-avaliação de saúde. Pode ser utilizada para

minimizar efeitos decorrentes do próprio envelhecimento, como é o caso da suplementação vitamínica. Entretanto, entre aqueles que possuem alguma doença crônica, a questão é ainda mais relevante. Devido às mudanças no metabolismo próprias do processo de envelhecimento, o uso indiscriminado de medicamentos pode acarretar prejuízos e até mesmo ocasionar eventos adversos⁽³⁵⁾.

Em idoso mais velhos, acima dos 80 anos, a utilização de um grande número de medicamentos pode estar associada à presença de problemas de saúde ou ao agravamento da condição de saúde e também à maior utilização de serviços de saúde. Idosos que avaliam mal a própria saúde frequentemente fazem uso de maior número de medicamentos, na tentativa de solucionar seus problemas⁽⁴⁵⁾.

Na presente investigação, ambos os contextos de vulnerabilidade e em ambos os anos, houve predomínio de idosos que avaliaram a própria saúde como regular, com exceção do grupo **Incidência**. Em 2010, a maior parte dos idosos que compunha esse grupo avaliou a saúde como muito boa ou boa e, em 2015, predominaram aqueles que consideravam a própria saúde como regular. Considerando que os idosos desse grupo negaram qualquer dificuldade na realização de ABVD em 2010 e, cinco anos depois, passaram a referir dificuldade em pelo menos uma atividade, é esperado que a percepção da própria saúde tenha piorado nesse período.

Pesquisa que também utilizou dados do Estudo SABE identificou que a auto-avaliação da saúde é influenciada pela ocorrência de doenças durante a infância, viver em zona rural e lá permanecer pelo menos cinco anos. Nesse estudo, os pesquisadores não puderam verificar se as causas pregressas influenciavam a capacidade funcional dos idosos, porém cabe destacar a importância do contexto em que o indivíduo vive ou viveu, que pode interferir em sua saúde após muitos anos. Por ser um marcador relevante para a saúde e um preditor de mortalidade, deve ser dada atenção especial aos idosos com pior percepção da própria saúde⁽⁴⁶⁾.

Em relação às dificuldades em realizar ABVD, em todas as atividades houve aumento do número de idosos que referiu dificuldade em realizá-las.

Estudo realizado com uma amostra representativa de idosos residentes no município de São Paulo verificou que o comprometimento na realização das ABVD ocorre de maneira hierárquica, ou seja, o idoso passa a apresentar maior dificuldade na realização das atividades mais complexas, como se vestir sozinho e deitar-se e/ou levantar-se da cama, até passar a apresentar dificuldades nas atividades consideradas mais “simples”, como fazer a higiene pessoal e alimentar-se sozinho. Considerando a evolução desse comprometimento, é importante estabelecer planos de cuidado de acordo com a fase em que o idoso se encontra. Em situações em que há dificuldades em realizar atividades mais simples, é necessário avaliar o grau de comprometimento da capacidade funcional, a necessidade de cuidado e a disponibilidade do cuidador para prestar cuidados em tempo integral⁽⁴⁷⁾.

Ao analisar o perfil dos idosos que passaram a apresentar alguma dificuldade em 2015 e os aspectos associados à incapacidade funcional, verificou-se que o episódio de queda foi significativo para aqueles que viviam em contextos de vulnerabilidade social média a alta.

Pesquisa que investigou a ocorrência de quedas em idosos e sua associação com fatores biológicos e aspectos socioeconômicos individuais e relacionados ao contexto em que o idoso estava inserido, como a presença de violência na vizinhança e a desigualdade de renda, verificou que aqueles que tinham sofrido alguma queda dentro do domicílio apresentavam piores condições de saúde. A queda na residência também se relacionou com a moradia próxima a locais onde havia situação de violência no entorno⁽⁴²⁾.

Na presente investigação a família foi considerada como unidade de cuidado, e não apenas um recurso a ser incluído no planejamento da assistência para atender as demandas do cuidado. A família é compreendida como um sistema e como tal deve ser reconhecida e analisada quanto a seu

funcionamento, condição de saúde dos indivíduos que a compõem, apoio e rede social que possuem, dentre outros.

No grupo **Permanência**, nos contextos de vulnerabilidade social média/alta, apenas a variável funcionalidade familiar (avaliada na perspectiva do idoso) apresentou associação com a incapacidade funcional. Nos contextos de baixa vulnerabilidade, os grupos **Piora** e **Permanência**, e o grupo **Incidência**, no contexto de vulnerabilidade média/alta, também apresentaram resultado estatisticamente significativo entre a disfunção familiar e a incapacidade funcional.

A assistência à saúde do idoso no domicílio não deve ter como foco somente seus problemas de saúde; é importante analisar o sistema familiar como um todo e também o funcionamento da família dentro do grupo social em que está inserida. Quando as relações familiares estão desgastadas, por exemplo, pode ser desencadeada uma série de eventos dentro do núcleo familiar, que podem repercutir negativamente nos demais grupos com os quais a família tem contato.

Quanto à composição familiar, de 2010 para 2015 houve aumento do número de idosos que passaram a viver sozinhos ou a dividir o domicílio somente com uma pessoa. Também se observou maior número de respondentes que passaram a referir disfunção familiar moderada ou elevada.

Apesar da rede do idoso ser composta majoritariamente por familiares, é possível incentivar a formação de redes de amizade visando à expansão da rede social e possibilitando que o idoso tenha outras necessidades satisfeitas, como o compartilhamento de experiências, a participação em atividades de interesse mútuo, poder contar com outras pessoas para conversar etc. O estímulo à expansão da rede social não deve ser baseado somente nos benefícios para o idoso. Devem ser buscadas relações complementares, em que os envolvidos apoiem-se mutuamente⁽⁴⁸⁾.

O estímulo promovido pelos profissionais de saúde para expandir a rede social dos idosos e da família, de modo a possibilitar a troca de apoio, pode trazer benefícios aos idosos e favorecer a formação de relações que podem satisfazer algumas de suas necessidades. Oferecer apoio também é fundamental para a saúde do idoso, pela possibilidade de gerar a sensação de pertencimento ao grupo e a adoção de práticas mais benéficas em sua vida, com efeitos positivos em sua capacidade funcional⁽⁴⁸⁾.

Estudo de revisão sobre a influência da moradia do idoso estar próxima a recursos como apoio social, acesso a meios de transporte e segurança da vizinhança na mobilidade e participação social desses idosos, destacou a existência de poucas investigações que levam em conta o contexto em que as pessoas com incapacidades vivem e merecem atenção pela particularidade da condição. Destacou a divergência nos achados entre as investigações, como a associação positiva entre a mobilidade de idosos com incapacidade e o acesso a transportes, calçadas em boas condições e proximidade a recursos, já que outros autores não encontraram essa relação⁽⁴⁹⁾.

É fundamental considerar que o uso dos recursos não está relacionado somente ao local da residência dos idosos. O acesso facilitado contribui para que a coletividade utilize os recursos disponíveis, tanto no que diz respeito ao trajeto (o bom estado das ruas e a segurança do entorno), quanto ao atendimento nos serviços de saúde⁽⁴⁹⁾. Em situações em que o idoso sofre uma queda, por exemplo, a falta de transporte ao serviço de saúde e a demora no atendimento podem comprometer a mobilidade futura do idoso e levá-lo a ter mais dificuldades na realização das ABVD, com consequente piora de sua saúde.

Para os idosos dos três grupos de incapacidade funcional, em contextos de baixa vulnerabilidade e no grupo **Piora**, em contextos de vulnerabilidade social moderada e alta, ausência de cuidador apresentou associação com a incapacidade funcional.

Assim, é fundamental que sejam implementadas estratégias para que idosos inseridos em contextos de maior vulnerabilidade recebam apoio e seus cuidadores também possam contar com os serviços de saúde para os auxiliar na tarefa de cuidar. Em muitos casos, o aumento de gastos financeiros para prover o cuidado ao idoso faz com que o cuidador tenha que buscar trabalhos extradomiciliares e o idoso deixa de receber os cuidados necessários⁽⁵⁰⁾.

A proximidade a recursos que promovam a integração entre os membros da vizinhança é importante, pois promove apoio emocional, interação social, sensação de pertencimento e troca de conhecimentos, entre outros, gerando efeitos positivos para a saúde do idoso, o que pode lhe permitir viver de maneira independente por mais tempo⁽⁴⁹⁾.

O funcionamento das famílias e a satisfação com as relações familiares podem influenciar a saúde do idoso. A falta de apoio e não ter com quem contar em diversas situações podem fazer com que o idoso apresente piora na qualidade de vida. Assim, é fundamental analisar sua percepção sobre o apoio social dentro da família, pois a presença e a quantidade de integrantes presentes no domicílio não são indicativos de apoio entre os familiares e nem sempre os idosos podem contar com as pessoas com quem residem. Além disso, as relações familiares são componentes importantes a serem analisados, pois apresentam influência na auto-avaliação de saúde e no risco de mortalidade de seus integrantes⁽⁵¹⁾.

Estudo realizado com cuidadores familiares de idosos que apresentavam doença crônica do pulmão, participantes de um programa de reabilitação pulmonar que utilizava como método de intervenção o foco na família, verificou que o grupo de cuidadores apresentou melhora em relação a sobrecarga, reação ao cuidado, demandas físicas decorrentes do cuidado e apoio familiar, além de ter apresentado redução no estresse da família como um todo, melhor rearranjo familiar e busca de apoio espiritual, quando comparados com o grupo que participou do programa convencional⁽⁵²⁾.

Além dos benefícios evidentes decorrentes da presença do cuidador familiar, a intervenção na família pode desenvolver aspectos positivos como a mobilização por apoio interno e externo para administrar situações de estresse, ressignificar a situação de cuidado e a possibilidade de comunicação mais efetiva entre os familiares, evitando desfechos negativos⁽⁵²⁾.

Em relação aos cuidadores, entre 2010 e 2015, observou-se redução no número de pessoas que auxiliavam o idoso na realização das ABVD.

Estudo que avaliou a proporção de idosos que não contava com auxílio para realização de ABVD e que utilizou dados do Censo 2010, verificou que idosos não brancos, que vivam sozinhos, tinham idade entre 60 e 69 anos e apresentavam piores condições socioeconômicas tinham maiores chances de não ter suas necessidades atendidas quanto ao apoio para as ABVD. Para aqueles com piores condições socioeconômicas, a chance de não ter suas necessidades atendidas foi 50% maior que os que apresentavam melhores condições⁽⁵³⁾.

O problema de saúde do familiar ocasiona desgaste físico e mental e requer muita paciência para lidar com a situação. Em muitos casos a disposição do cuidador para realizar a tarefa de cuidar ocasiona a exposição a mais riscos, que podem comprometer sua saúde, em benefício do paciente. As necessidades do cuidador podem ser negligenciadas, acarretando maior desgaste e sobrecarga, podendo levar a problemas de saúde e interferindo no cuidado⁽⁵⁴⁾.

A decisão de quem deve ser o cuidador principal envolve todo o sistema familiar e é influenciada pela cultura e pelos valores familiares. Muitas vezes um membro da família torna-se cuidador por falta de outras opções⁽⁵⁵⁾. Tradicionalmente o cuidado é incumbência da mulher e a sociedade espera que elas assumam essa tarefa. O predomínio de mulheres como cuidadoras reflete uma condição associada ao gênero⁽⁵⁴⁾.

Em geral, a mulher é responsável pela organização familiar, pela preservação da saúde e pela educação dos filhos, o que a torna mais susceptível ao isolamento social, privando-a de atividades extradomiciliares e contato com amigos, o que podem afetar negativamente sua saúde⁽⁵⁶⁾.

Com as mudanças na sociedade, as mulheres passaram a exercer cada vez mais atividades remuneradas extradomiciliares, o que tem ocasionado diminuição da oferta potencial de cuidadores familiares. Frente à demanda crescente por cuidados, é preciso que os cuidadores familiares e as pessoas sob seus cuidados tenham seus direitos garantidos pelo Estado, pois a falta de reconhecimento do desgaste físico, emocional e do isolamento social que sofrem, além do impacto negativo na família, especialmente financeiro, leva-os a negligenciar os cuidados aos idosos⁽⁵⁷⁾.

Outro aspecto importante para que muitos idosos deixem de contar com alguém para os auxiliar no cuidado é a possibilidade de, no futuro, os cuidadores não poderem se reinserir no trabalho por falta de qualificação profissional, não receber recursos de aposentadoria por não ter contribuído para a seguridade e não receber apoio de outras pessoas, em razão da rede e do apoio social reduzidos por terem se dedicado ao cuidado do idoso⁽⁵⁷⁾.

A presença do apoio social também pode contribuir para evitar situações de violência contra idosos, pois cuidadores que têm melhor percepção do apoio recebido no cuidado ao idoso tendem a manter ambientes mais saudáveis e relações não abusivas. A boa relação entre o cuidador e o idoso, anterior à condição de incapacidade funcional e dependência, e a valorização dos aspectos positivos do cuidado podem minimizar as consequências negativas do cuidado e os maus tratos ao idoso⁽⁵⁸⁾.

Nesta investigação, dentre os cuidadores familiares dos idosos que apresentaram declínio funcional, a maior parte referiu não ter dificuldade para enfrentar questões relacionadas ao cuidado e para realizar esforço físico para auxiliar o idoso. Entretanto, cuidadores de idosos estáveis (grupo

Permanência), no contexto de média a alta vulnerabilidade, referiram dificuldades para lidar com o cansaço físico, estresse e sensação de descontrole da situação, além da restrição na vida social.

Destaca-se a importância de não utilizar uma estratégia de assistência generalizada para todos os cuidadores, pois alguns podem ser mais afetados que outros. A redução na frequência de cuidado pode ter resultados positivos para alguns, enquanto para outros o efeito pode ser nulo. A compreensão de cada situação é fundamental para apoiar o cuidador de maneira adequada⁽⁵⁹⁾.

Muitas pesquisas enfocam somente a influência do cuidado na saúde do cuidador informal, sem considerar seu efeito no núcleo familiar. No caso dos cuidadores, a piora da condição de saúde nem sempre está diretamente associada à tarefa de cuidar⁽⁵⁹⁾. Relações familiares desgastadas, problemas de saúde de outros membros, por exemplo, podem ser aspectos que, somados à responsabilidade do cuidado, pode levar o cuidador a se sentir sobrecarregado.

Em revisão sistemática que analisou o impacto do cuidado a idosos na saúde de cuidadores informais, os autores verificaram que grande parte das pesquisas não considera o efeito da família ao avaliar a saúde dos indivíduos que auxiliam os idosos na realização de ABVD. Ao não incluir a família, os estudos superestimam as consequências do cuidado na saúde daquele indivíduo responsável pela tarefa. Isso porque, em alguns casos, a piora da saúde do cuidador pode ter influência de outros aspectos familiares, não relacionados ao cuidado ao idoso, como a preocupação com outros membros da família⁽⁶⁰⁾.

Investigação que buscou analisar os efeitos da doença de Alzheimer em idosos e seus familiares e o enfrentamento desse desafio por esses indivíduos, destacou a importância de tomar a família como unidade de avaliação e intervenção, para identificar os recursos internos e externos que possui e os que podem ser mobilizados. Concluiu que o apoio dos serviços

de saúde não deve se restringir ao plano de cuidados definido pelo profissional; é fundamental que a família participe de forma proativa desse planejamento. O apoio do profissional de saúde deve facilitar a reorganização familiar, incentivar a cooperação entre seus membros e a negociação nas diversas situações de cuidado, o que pode contribuir para promover a qualidade de vida da unidade familiar⁽⁶¹⁾.

A necessidade de auxílio torna-se maior conforme aumenta o grau de dependência do paciente, ocasionando maior dificuldade ao cuidador, principalmente em relação à mobilidade, por falta de habilidade, conhecimento e condicionamento físico do cuidador para realizar a mobilização. A dependência total do idoso resulta em maior esforço físico e atenção por parte do cuidador, pela maior demanda de cuidados⁽⁶²⁾.

Auxiliar o paciente no banho e na locomoção sobrecarrega o cuidador, pois, além da força física, exige destreza, já que essas tarefas, se executadas de maneira incorreta, podem ocasionar muitos danos à saúde do paciente e do cuidador. Auxiliar o familiar na passagem da cadeira para a cama gera grande desgaste físico para o cuidador e a possibilidade do paciente de realizar a atividade de maneira independente proporciona um momento de descanso à pessoa que exerce o cuidado⁽⁶³⁻⁶⁴⁾.

O grau de dependência do paciente contribui para o aumento da sobrecarga e do estresse do cuidador, principalmente quando o cuidado é realizado sem o auxílio de outra pessoa. As atividades nas quais é necessário maior esforço físico do cuidador são as que representam maior dificuldade no cotidiano do cuidado⁽⁶⁵⁾. A higienização pode gerar grande tensão no cuidador, pois a higiene oral, por exemplo, deve ser realizada com muita atenção, para evitar que o paciente se engasgue.

A sobrecarga que o cuidador sofre continuamente pode fazer com que sua saúde deteriore-se, tornando ainda mais importante a presença da família, principal promotora de proteção a seus membros, mas que também necessita ser cuidada⁽⁶⁶⁾.

É importante destacar que, apesar das dificuldades evidentes no cuidado ao idoso, a tarefa também pode gerar ganhos positivos ao responsável pelo cuidado. Todavia, muitos estudos ainda focam apenas nos efeitos negativos ocasionados pelo cuidado, como o estresse e a sobrecarga⁽⁶⁷⁾.

Em revisão sistemática que teve como objetivo verificar a influência dos aspectos positivos do cuidado no bem-estar de cuidadores de idosos portadores de demência, os autores destacaram as dificuldades decorrentes da falta de consenso sobre a definição do conceito. Os estudos analisados nem sempre apresentavam a descrição das medidas utilizadas, o que dificultou a distinção entre o que foi considerado, se eram as diferentes dimensões dos aspectos positivos do cuidado ou se tratavam de constructos similares⁽⁶⁸⁾.

Estudo realizado com 147 cuidadores de pacientes portadores de insuficiência cardíaca mostrou que aqueles que possuíam maior preparo e domínio das tarefas relacionadas ao cuidado referiram maior ganho pessoal em decorrência da atividade de cuidar. Assim, medidas como maior oferta de apoio e capacitação foram considerada fundamentais para que os cuidadores pudessem sentir maior controle sobre suas ações, favorecendo tanto os pacientes quanto seus cuidadores, promovendo melhora no cuidado e maior percepção de ganho pessoal⁽⁶⁷⁾.

Entre as contribuições do presente estudo, destaca-se a estratificação dos idosos em quatro grupos: Ausência, Incidência, Permanência e Piora. A análise de cada um desses grupos de acordo com o contexto de vulnerabilidade social evidenciou diversos aspectos relacionados à capacidade funcional e que também variaram a depender do contexto em que o idoso estava inserido. Também se buscou destacar a importância do cuidado à família, cuja dinâmica pode ser influenciada negativamente pela presença de um idoso com incapacidade e dependência, com impactos sobre a saúde desse idoso.

Dentre as limitações estão a pequena amostra de cuidadores, que não permitiu a inclusão das variáveis relacionadas a seu perfil e ao cuidado no modelo múltiplo. Por fim, outras variáveis relacionadas à rede social, como a presença de amigos, poderiam ter sido incluídas na análise, para verificar sua influência na capacidade funcional do idoso.

CONCLUSÕES

6 CONCLUSÕES

Em relação aos objetivos proposto, verificou-se que:

- ✓ Do total de idosos selecionados para o estudo, 79,40% residia em contexto de baixa vulnerabilidade social e 20,60% em média a alta vulnerabilidade;
- ✓ Desse total de idosos, 16,69% foi incluído no grupo **Incidência**, 6,13% **Piora** e 5,01% no grupo **Permanência**.

Em contextos de vulnerabilidade social baixa:

- ✓ Dentre o grupo de idosos que referiu dificuldade em ABVD, 61,06% foi classificado como **Incidência**, 19,41% como **Piora** e 19,53% como **Permanência**;
- ✓ Em relação ao perfil dos idosos, em todos os grupos de incapacidade funcional predominou o sexo feminino, a cor branca, a religião católica e a mudança na proporção de idosos que contavam com a presença de um companheiro, entre 2010 e 2015 – após cinco anos, a maioria referiu ausência de companheiro;
- ✓ Os problemas de saúde predominantes foram a HAS e a doença articular e somente no grupo **Incidência** a maioria não apresentava multimorbidade;
- ✓ A maior parte dos idosos avaliou a própria saúde como regular;
- ✓ Em todos os grupos predominou a polifarmácia;
- ✓ A maioria negou episódio de queda nos 12 meses anteriores à entrevista.;
- ✓ Dentre as ABVD, entre 2010 e 2015, verificou-se que, em quase todas as atividades, houve aumento na proporção de idosos que referiu dificuldade na realização de tal tarefa;

- ✓ A maior parte dos idosos residia com outras pessoas, sendo que a maioria morava com o filho e avaliava a funcionalidade familiar como boa,
- ✓ O grupo **Piora** apresentou maior proporção de idosos que contavam com um cuidador para realização das ABVD;
- ✓ Grande parte dos cuidadores era do sexo feminino, não contava com a presença de um companheiro (em 2015), não havia parado de trabalhar e recebia auxílio de outras pessoas para realização do cuidado;
- ✓ A faixa etária dos cuidadores variou entre os anos; nos grupos **Incidência** e **Piora**, os cuidadores eram, em sua maioria, idosos (2010). Em 2015, predominou a faixa etária 45 a 59 anos. Já no grupo **Permanência**, os cuidadores eram mais jovens em 2010 e, em 2015, a maioria era idosa;
- ✓ Nos grupos **Piora** e **Permanência**, os cuidadores passaram a residir no mesmo domicílio que o idoso. Os cuidadores do grupo **Incidência** dividiam o domicílio com o idoso, em ambos os anos;
- ✓ Em todos os grupos de incapacidade funcional a percepção quanto a funcionalidade familiar mudou após cinco anos; em 2010, houve predomínio da boa funcionalidade e, em 2015, a maior parte percebia a família como disfuncional;
- ✓ As dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em sua maioria, foram consideradas baixas para os grupos **Incidência** e **Piora** e moderadas para o grupo **Permanência**. Em todos os grupos, predominou a baixa dificuldade em relação à dimensão *Auxílio profissional*. Nos grupos **Piora** e **Permanência**, verificou-se dificuldade elevada nas dimensões relacionadas ao *Apoio familiar*;
- ✓ Os aspectos positivos do cuidado variaram entre os grupos de incapacidade funcional; a baixa satisfação predominou no grupo

Permanência, a satisfação moderada no grupo **Piora** e satisfação elevada no grupo **Incidência**;

- ✓ Os aspectos relacionados à ocorrência de incapacidade funcional nos idosos no grupo **Incidência** foram: idade igual ou superior a 80 anos, presença de multimorbidade, doença articular e/ou cerebrovascular. Os aspectos protetores foram o sexo masculino e a presença de cuidador;
- ✓ Os aspectos relacionados à piora dos idosos em executar as ABVD no grupo **Piora** foram: idade igual ou superior a 80 anos, presença de osteoporose e/ou doença cerebrovascular, disfunção familiar e autoavaliação da saúde ruim a muito ruim. A presença de cuidador apresentou-se como um aspecto protetor;
- ✓ No grupo **Permanência**, os aspectos relacionados foram: ausência de companheiro, presença de multimorbidade e/ou doença articular, disfunção familiar e autoavaliação da saúde ruim a muito ruim. A presença de cuidador também mostrou-se protetor para a incapacidade funcional.

Em contextos de vulnerabilidade social média a alta:

- ✓ Dentre o grupo de idosos que referiu dificuldade em realizar ABVD, 54,58% foi classificado como **Incidência**, 30,93% **Piora** e 14,49% **Permanência**;
- ✓ Dentre esses idosos, a maior parte tinha idade igual ou superior a 80 anos (em 2015), nos grupos **Piora** e **Permanência**; a faixa etária entre 70 a 79 anos predominou no grupo **Incidência**;
- ✓ A maioria professava a religião católica, com exceção do grupo **Permanência**, em que predominou a religião evangélica;

- ✓ Em todos os grupos de incapacidade funcional, em ambos os anos, a maior parte dos idosos não contava com a presença de um companheiro;
- ✓ Dentre os problemas de saúde, a maioria dos idosos referiu HAS e doença articular, tal como ocorreu nos contextos de baixa vulnerabilidade;
- ✓ Somente o grupo **Incidência** houve predomínio de idosos que não apresentavam multimorbidade; no grupo **Permanência**, somente em 2015 a maioria apresentou multimorbidade e, no grupo **Piora**, houve maior proporção de idosos com tal condição em ambos os anos;
- ✓ A polifarmácia predominou nos grupos **Piora** e **Permanência**, em ambos os anos; no grupo **Incidência**, idosos que faziam uso de cinco ou mais medicamentos predominaram somente em 2015;
- ✓ Em todos os grupos de incapacidade funcional e em ambos os anos houve predomínio de idosos que consideravam a própria saúde como regular;
- ✓ Apenas o grupo **Permanência** teve maior proporção de idosos que negou episódio de queda nos 12 meses anteriores à entrevista, em ambos os anos; idosos que haviam sofrido alguma queda foram maioria em ambos os anos no grupo **Piora** e, no grupo **Incidência**, somente em 2015 a maior parte dos idosos havia sofrido alguma queda;
- ✓ Dentre as ABVD, as principais dificuldades referidas foram para o idoso se vestir sozinho, tomar banho e atravessar um quarto caminhando sozinho;
- ✓ A maioria dos idosos residia com uma a três pessoas, sendo que a maior parte morava com o(a) filho(a) e referia boa funcionalidade familiar;

- ✓ Dentre os idosos que referiram receber algum apoio, a maior parte relatou auxílio em tarefas domiciliares e financeiro;
- ✓ O grupo **Piora** apresentou maior proporção de idosos que contava com o auxílio de um cuidador;
- ✓ Em todos os grupos de incapacidade funcional predominaram cuidadores do sexo feminino, que contavam com a presença de um companheiro e que recebiam auxílio de outras pessoas para realizar o cuidado;
- ✓ Nos grupos **Incidência** e **Piora**, a maior parte dos cuidadores tinha idade até 59 anos; no grupo **Permanência**, a faixa etária predominante foi igual ou superior a 45 anos;
- ✓ No grupo **Piora**, os cuidadores eram, em sua maioria, filhos(as) que cuidavam dos pais, em ambos os anos; nos grupos **Incidência** e **Permanência**, em 2010, o cuidado era realizado por pessoas que tinham outro parentesco com o idoso, porém, em 2015, a maioria passou a ser o(a) filho(a) que realizava o cuidado;
- ✓ Os cuidadores apresentaram boa percepção quanto à funcionalidade familiar, em todos os grupos de incapacidade funcional, tanto em 2010 quanto em 2015, ao contrário do que foi observado nos contextos de baixa vulnerabilidade;
- ✓ A dificuldade enfrentada para realização do cuidado foi elevada para a maior parte dos cuidadores dos idosos incluídos nos grupos **Incidência** e **Permanência**; no grupo **Piora**, a maior parte apresentou dificuldade moderada;
- ✓ A dificuldade foi elevada para os cuidadores de todos os grupos de incapacidade em relação às consequências financeiras e ao apoio familiar;

- ✓ Em relação aos aspectos positivos do cuidado, a maioria dos cuidadores dos idosos dos grupos **Incidência** e **Piora** apresentou satisfação moderada; no grupo **Permanência**, a maior parte dos cuidadores apresentou satisfação elevada;
- ✓ A maioria dos cuidadores apresentou satisfação moderada quanto à realização do cuidado como forma de manter o controle das necessidades do idoso e evitar sua institucionalização, em todos os grupos de incapacidade funcional;
- ✓ No grupo **Incidência**, a presença de doença cardíaca, relato de quedas nos 12 meses anteriores à entrevista e disfunção familiar aumentavam as chances do idoso vir a ter alguma incapacidade funcional;
- ✓ No grupo **Piora**, o sexo masculino e a presença de cuidador foram aspectos protetores para os idosos; já o uso de polifarmácia e piora da percepção da própria saúde após cinco anos associaram-se à piora da capacidade funcional;
- ✓ Por fim, no grupo **Permanência**, somente a disfunção familiar apresentou associação com a incapacidade funcional.

RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

7 RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Os resultados obtidos neste estudo permitiram verificar que, a depender do contexto social em que o idoso com incapacidade e dependência está inserido, determinados aspectos têm maior influência no declínio de sua capacidade funcional.

Em idosos inseridos em contextos de vulnerabilidade social média e alta e que passaram a apresentar declínio funcional em um período de cinco anos, somente a presença de quedas apresentou relação significativa com a incapacidade funcional. Apesar das dificuldades vivenciadas por esses idosos, o episódio de queda foi o aspecto mais importante para a incapacidade, o que leva a questionamentos sobre o acesso desses idosos aos serviços de saúde, especialmente as equipes de Saúde da Família.

No caso dos que já apresentavam a incapacidade, o apoio financeiro e a presença de um cuidador relacionaram-se com possibilidade de melhora da condição do idoso.

Para aqueles que estavam inseridos em contextos de baixa vulnerabilidade social, a funcionalidade familiar foi um aspecto relevante que influenciou a capacidade funcional.

A presença de um familiar com incapacidade e dependência não afeta somente a dinâmica da família, mas a família como um todo é um componente importante que pode contribuir para a saúde de seus membros. O cuidado a um idoso com incapacidade e dependência repercute em toda a família, financeira e emocionalmente, podendo ocasionar desgaste nas relações familiares. O cuidado à saúde da família pode trazer benefícios para todos seus integrantes, fazendo com que se apoiem mutuamente, e pode influenciar positivamente a saúde do idoso e dos demais membros.

Assim, é importante que no planejamento à saúde a equipe de Enfermagem considere todos os aspectos que podem interferir na saúde dos idosos. É fundamental que sejam identificados na família recursos próprios e fontes de apoio externas para que as relações sejam fortalecidas e os integrantes consigam se reconhecer como parte desse sistema.

Experiências exitosas implementadas por diversos municípios do País, a fim de melhorar as condições de saúde dos idosos e de suas famílias e promover maior qualidade de vida, devem ser divulgadas para que essas iniciativas sejam reconhecidas e os gestores de saúde sejam incentivados a promover estratégias para que esse grupo populacional tenha melhor assistência à saúde, nos diversos contextos em que estão inseridos.

Desde 2013, o Ministério da Saúde, em parceria com a Fiocruz, divulga anualmente as experiências exitosas de todas as regiões do Brasil. *O Mapeamento de Experiências Exitosas Estaduais e Municipais no Campo do Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa* visa colocar em evidência os programas conduzidos pelos diversos municípios e estados para melhora da saúde do idoso. Dentre os critérios avaliados, estão o atendimento aos princípios e diretrizes do SUS e a possibilidade de a prática ser reproduzida em diferentes realidades⁽⁶⁹⁾.

No município de São Paulo, o Programa Acompanhante de Idosos (PAI), implantado em 2016, é reconhecido como uma iniciativa inovadora e bem sucedida, que já recebeu vários títulos públicos. Tem como objetivo principal disponibilizar atendimento à saúde e acompanhantes de idosos, em especial àqueles em situação de fragilidade e vulnerabilidade social. Os idosos recebem apoio de profissionais para os auxiliar na realização de ABVD e para que as demais necessidades sociais e de saúde sejam atendidas. Com isso, o Programa visa promover a qualidade de vida dos idosos, favorecendo a melhoria de suas condições de vida e saúde e reinserindo-os na sociedade⁽⁷⁰⁾.

REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Panamericana da Saúde; 2011
2. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: Organização Panamericana da Saúde; 2012.
3. Bauer EU, Briss PA, Goodman RA, Bowman BA. Prevention of chronic disease in the 21st century: elimination of the leading preventable causes of premature death and disability in the USA. *The Lancet*. 2014;384(9937):45-52.
4. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre a deficiência [Internet]. Genebra, 2011 [citado 2014 ago 05]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9788564047020_por.pdf?ua=1
5. Organização Mundial da Saúde. Disability [Internet]. Genebra, 2013 [citado 2014 ago 05]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R9-en.pdf
6. Duarte YAO. O cuidador no cenário assistencial. *Mundo da Saúde*. 2006;30(1):37-44.
7. Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRMA. Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(4):884-9.
8. Inouye K, Barham EJ, Pedrazzani ES, Pavarini SCI. Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2010;23(3):582-92.
9. Tosta RA, Piccioni LD, Gonçalves IB, Ferreira GCM. A doença crônica e o cuidado informal. In: Barros NF (org.). *Cuidados da doença crônica na Atenção Primária de Saúde*. Ed Hucitec. São Paulo, 2012.
10. Noelker LS, Browdie R. Sidney Katz, MD: a new paradigm for chronic illness and long-term care. *The Gerontologist*. 2014;54(1):13-20.
11. Ministério da Saúde. Portaria nº 2528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Acesso em 08 out. 2019. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.htm

12. Sánchez-Herrera B, Carrillo-González GM, Barrera-Ortiz L, Chaparro-Díaz L. Carga del cuidado de la enfermedad crónica no transmisible. *Aquichan*. 2013;13(2):247-60.
13. Barrera-Ortiz L, Carrillo-Gonzalez GM, Chaparro-Diaz L, Sanchez-Herrera B. Modelo para abordar la carga del cuidado de la enfermedad crónica em Colombia. *Orinoquia*. 2015;19(1):89-99.
14. Carreño SP, Sánchez-Herrera B, Carrillo GM, Chaparro-Díaz L, Gómez OJ. Carga de la enfermedad crónica para los sujetos implicados en el cuidado. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2016;34(3):342-9.
15. Ayres JRCM. Prevenção de agravos, promoção da saúde e redução de vulnerabilidade. In: Martins MA, Carrilho FJ, Alves VAF, Castilho EA, Cerri GG, Wen CL (org). *Clínica Médica*. Ed. Manole. Barueri, 2009.
16. Ayres JR, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França Júnior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWSC, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM (org). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: Ed Hucitec/Ed Fiocruz; 2006.
17. Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fracolli LA. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela Enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm*. 2008;16(5):923-8.
18. São Paulo (Estado). Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional; Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social [Internet]. São Paulo; 2010 [citado 2017 set 09]. Disponível em:

<http://www.seade.gov.br/produtos/distritos/index.php?page=tabela>
19. Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: IPEA, 2015.
20. Santos AA, Pavarini SCI. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010;31(1):115-22.
21. Ferreira MB, Nunes MR, Reis GC, Morraye MA, Rocha SMM. Social support, socioeconomic and clinical risk: comparison between to neighborhoods in a Brazilian upcountry town. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(4):822-8.
22. Marques, ECL. Pobreza, sociabilidade e tipos de redes sociais em São Paulo e Salvador. *Visioni Latinoamericane*. 2013;8:42-59.

23. Pedro ICS, Rocha SMM, Nascimento LC. Apoio e rede social em enfermagem familiar: revendo conceitos. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008;16(2):324-7.
24. Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cad. Saúde Pública* 2001;17(4):887-96.
25. Sluzki CE. A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
26. Nunes APN, Barreto SM, Gonçalves LG. Relações sociais e autopercepção da saúde: projeto envelhecimento e saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(2):415-28.
27. Melchior M, Berkman LF, Niedhammer I, Chea M, Goldberg M. Social relations and self-reported health: a prospective analysis of the French Gazel cohort. *Soc Sci Med*. 2003;56(8):1817-30.
28. Neri AL, Yassuda MS, Fortes-Burgos ACG, Mantovani EP, Arbex FS, Torres SVS, Perracini MR, Guariento ME. Relationships between gender, age, family conditions, physical and mental health, and social isolation of elderly caregivers. *International Psychogeriatrics*. 2012;24(3):472-83.
29. Costa AG, Ludermit AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(1):73-9.
30. Laham CF. Percepção de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2003.
31. Mitani NY, Ishigaki K, Kuniyoshi M, Maekawa NK, Hayashi K, Hasegawa K et al. Subjective quality of life and positive appraisal of care among Japanese family caregivers of older adults. *Qual Life Res* 2004;13(1):207-21.
32. Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no Programa Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm* 2008; 17 (2): 266-72.
33. Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Silva NN. 10 anos do Estudo SABE: antecedentes, metodologia e organização do estudo. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;21(suppl 2):e180002.

34. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*. 2012;380(9836):37-43.
35. Secoli SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev Bras de Enferm*. 2010;63(1):136-40.
36. Duarte YAO. Família: rede de suporte ou fator estressor: a ótica de idosos e cuidadores familiares [Tese]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. 2001.
37. Nolan M, Grant G, Keady J. Understanding family care: a multidimensional model for caring and coping. Buckingham, Open University Press. 1996.
38. Charlesworth GM, Tzimoula XM, Newman SP. Carers Assessment of Difficulties Index (CADI): psychometric properties for use with carers of people with dementia. *Aging Mental Health*. 2007;11(2):218-25.
39. Ekwall AK, Hallberg IR. The association between caregiving satisfaction, difficulties and coping among older family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16(5):832-44.
40. Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saude Publica*. 2003;37:40-8.
41. Bolina AF, Rodrigues RAP, Tavares DMS, Haas VJ. Fatores associados à vulnerabilidade social, individual e programática de idosos que vivem no domicílio. *Rev Esc Enferm*. 2019;53:e03429
42. Nascimento CF, Duarte YAO, Lebrão ML, Chiavegatto Filho, ADP. Individual and contextual characteristics of indoor and outdoor falls in older residents of Sao Paulo, Brazil. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2017;68:119-25.
43. Andrew MK, Keefe JM. Social vulnerability from a social ecology perspective: a cohort study of older adults from the National Population Health Survey of Canada. *BMC Geriatrics*. 2014;14(90):1-14.
44. Andrew MK, Mitnitski A, Kirkland AS, Rockwood K. The impact of social vulnerability on the survival of the fittest older adults. *Age and Ageing*. 2012;41(2):161-5.

45. Pereira KG, Peres MA, Iop D, Boing AC, Boing AF, Aziz M, d'Orsi E. Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. *Rev Bras Epidemiol.* 2017;20(2):
46. Santos JLF, Duarte YAO, Lebrão ML. Condições pregressas e saúde no estudo "Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento" (SABE). *Rev Bras Epidemiol.* 2019;21(Supl 02).
47. Nunes D. Demanda assistencial de pessoas idosas residentes no município de São Paulo: necessidade de cuidado e utilização dos serviços de saúde.
48. Brito TRP, Nunes DP, Duarte YAO, Lebrão ML. Redes sociais e funcionalidade em pessoas idosas: evidências do estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). *Rev Bras Epidemiol.* 2019;21(Supl 02).
49. Levasseur M, Gagnéux M, Bruneau JF, Vanasse A, Chabor E, Beaulac C, Bédar MM. Importance of proximity to resources, social support,
50. Mazza MMP, Lefèvre F. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. *Journal of Human Growth and Development.* 2005;15(1):1-10.
51. Camelo LV, Giatti L, Barreto SM. Health related quality of life among elderly living in region of high vulnerability for health in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Rev Bras Epidemiol.* 2016;19(2):280-93.
52. Figueiredo D, Cruz J, Jácome C, Marques A. Exploring the benefits to caregivers of a family-oriented pulmonary rehabilitation program. *Respiratory Care.* 2016;61(8):1081-9.
53. Andrade TB, Andrade FB. Unmet need for assistance with activities of daily life among older adults in Brazil. *Rev Saude Publica.* 2018;52:75.
54. Bicalho CS, Lacerda MR, Catafesta F. Refletindo sobre quem é o cuidador familiar. *Cogitare Enferm.* 2008;13(1):118-23.
55. Araújo IM, Paul C, Martins MM. Cuidar de idosos dependentes no domicílio: desabafos de quem cuida. *Cienc Cuid Saúde.* 2009;8(2):191-197.
56. Pinto JLG, Garcia ACO, Bocchi SCM, Carvalhaes MABL. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pela PSF. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006;11(3):753-64.

57. Giacomini KC, Duarte YAO, Camarano AA, Nunes DP, Fernandes D. Cuidado e limitações funcionais em atividades cotidianas - ELSI - Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2018;52(Supl 2).
58. Orfila F, Coma-Solé M, Cabanas M, Cegri-Lombardo F, Moleras-Serra A, Pujol-Ribera E. Family caregiver mistreatment of the elderly: prevalence of risk and associated factors. *BMC Public Health*. 2018;18(107):1-14.
59. Bom J, Blakx P, Schut F, van Doorslaer E. The impact of informal caregiving for older adults on the health of various types of caregivers: a systematic review. *The Gerontologist*. 2018;20(20).
60. Bom J, Bakx P, Schut F, von Doorslaer E. The impact of informal caregiving for older adults on the health of various types of caregivers: a systematic review. *The Gerontologist*. 2019;59(5):e629-42.
61. Esandi N, Nolan M, Alfaro C, Canga-Armayor A. Keeping things in balance: family experiences of living with Alzheimer's disease. *The Gerontologist*. 2018;58(2):e56-67.
62. Araújo IM, Paul C, Martins MM. Cuidar de idosos dependentes no domicílio: desabafos de quem cuida. *Cienc Cuid Saúde*. 2009;8(2):191-197.
63. Ferreira CG, Alexandre TS, Lemos ND. Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores de idosos em Assistência Domiciliária. *Saúde Soc São Paulo*. 2011;20(2):398-409.
64. Aquaroni NR, Kubota MT, Cordeiro RC. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. *Rev Saude Publica*. 2005;39(4):655-62.
65. Perlini NMOG, Faro ACM. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(2):154-63.
66. Brito ES, Rabinovich EP. Desarrumou tudo! O impacto do acidente vascular encefálico na família. *Saude Soc*. 2008;17(2):153-69.
67. Bangerter LR, Griffin JM, Dunlay SM. Positive experiences and self-gain among family caregivers of persons with heart failure. *The Gerontologist*. 2019;59(5):e433-40.
68. Quinn C, Toms G. Influence of positive aspects of dementia caregiving on caregivers' well-being: a systematic review. *The Gerontologist*. 2019;59(5):e584-96.

69. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da pessoa idosa. Boas práticas. Acesso em 06 out. 2019. Disponível em: <https://saudedapessoaidosa.fiocruz.br/content/o-que-%C3%A9>.

70. Prefeitura de São Paulo. Secretaria de Atenção Básica. Saúde da Pessoa Idosa. Acesso em 06 out. 2019. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/pessoa_idosa/index.php?p=5498#pai.

ANEXOS

ANEXO I

Blocos temáticos e questões selecionadas do Estudo SABE

Questões relativas aos idosos

Blocos temáticos e variáveis relacionadas ao perfil, condições de saúde, realização de atividades de vida diária e rede e apoio social dos idosos.

Caracterização	Bloco temático	Questão
Perfil dos idosos	Seção A Informações pessoais	A.1b Sexo
		A.7 Idade (em anos)
		A.11a Vive sozinho ou acompanhado
		A.12 Religião
		A.13c Raça/cor
Condição de saúde	Seção C Estado de saúde	C.3 Condição marital
		C.4 Auto-avaliação de saúde
		C.5 Hipertensão arterial sistêmica (HAS)
		C.71 Diabetes mellitus (DM)
		C.81 Doença pulmonar crônica
		C.9 Doença cardíaca
		C.10 Doença cerebrovascular
		C.11 Doença articular
		C.11e Queda no último ano
		C.20e Osteoporose
Dificuldade na realização de AVD	Seção D Estado funcional	C.20f Doença de Parkinson
		C.20f Doença de Alzheimer
		D.11 Tem dificuldade para atravessar um quarto caminhando
		D.13 Tem dificuldade para se vestir sozinho(a)
		D.14a Tem dificuldade para tomar banho sozinho(a)
		D.14a1a Tem dificuldade para fazer sozinho(a) a higiene pessoal (inclui: lavar e secar as mãos; lavar e secar o rosto; escovar os dentes; pentear o cabelo; barbear-se/maquiar-se)
		D.15a Tem dificuldade para comer sozinho(a)
		D.16b Tem dificuldade para deitar e/ou levantar da cama, sentar e/ou levantar da cadeira/cadeira de rodas sozinho(a)
Rede e apoio social	Seção G Rede de apoio social e familiar	D.17a Tem dificuldade para ir ao banheiro sozinho(a)
		Pessoas que residem no mesmo domicílio que o idoso.
		G.01_E Ele (a) o ajuda? Com quê? (resposta múltipla)
		Filhos que não moram com o idoso
		G.20_G Ele (a) o ajuda? Com quê? (resposta múltipla)
		Irmãos/irmãs vivos que não moram com o idoso
		G.33_F Ele (a) o ajuda? Com quê? (resposta múltipla)
		Outros parentes que não residem no mesmo domicílio
		G.50_A Ele (a) o ajuda? Com quê? (resposta múltipla)
		G.67 Quem poderia ajudá-lo a cuidar de sua casa/afazeres domésticos?
		G.68 Quem poderia ajuda-lo em tarefas fora de casa (fazer compras, ir ao banco, pagar contas, etc.)?
		G.69 A quem o(a) sr(a) poderia fazer confidências (contar algo muito pessoal) ou desabafar?
		G.70 A quem o(a) sr(a) poderia pedir ajuda para seu cuidado pessoal?

Caracterização	Bloco temático	Questão
Perfil dos idosos	Seção A Informações pessoais	A.1b Sexo
		A.7 Idade (em anos)
		A.11a Vive sozinho ou acompanhado
		A.12 Religião
		A.13c Raça/cor
Condição de saúde	Seção C Estado de saúde	C.3 Condição marital
		C.4 Auto-avaliação de saúde
		C.5 Hipertensão arterial sistêmica (HAS)
		C.71 Diabetes mellitus (DM)
		C.81 Doença pulmonar crônica
		C.9 Doença cardíaca
		C.10 Doença cerebrovascular
		C.11 Doença articular
		C.11e Queda no último ano
		C.20e Osteoporose
Dificuldade na realização de AVD	Seção D Estado funcional	C.20f Doença de Parkinson
		C.20f Doença de Alzheimer
		D.11 Tem dificuldade para atravessar um quarto caminhando
		D.13 Tem dificuldade para se vestir sozinho(a)
		D.14a Tem dificuldade para tomar banho sozinho(a)
		D.14a1a Tem dificuldade para fazer sozinho(a) a higiene pessoal (inclui: lavar e secar as mãos; lavar e secar o rosto; escovar os dentes; pentear o cabelo; barbear-se/maquiar-se)
		D.15a Tem dificuldade para comer sozinho(a)
		D.16b Tem dificuldade para deitar e/ou levantar da cama, sentar e/ou levantar da cadeira/cadeira de rodas sozinho(a)
Rede e apoio social	Seção G Rede de apoio social e familiar	D.17a Tem dificuldade para ir ao banheiro sozinho(a)
		Pessoas que residem no mesmo domicílio que o idoso.
		G.01_E Ele (a) o ajuda? Com quê? (resposta múltipla)
		Filhos que não moram com o idoso
		G.20_G Ele (a) o ajuda? Com quê? (resposta múltipla)
		Irmãos/irmãs vivos que não moram com o idoso
		G.33_F Ele (a) o ajuda? Com quê? (resposta múltipla)
		Outros parentes que não residem no mesmo domicílio
		G.50_A Ele (a) o ajuda? Com quê? (resposta múltipla)
		G.67 Quem poderia ajudá-lo a cuidar de sua casa/afazeres domésticos?
		G.68 Quem poderia ajuda-lo em tarefas fora de casa (fazer compras, ir ao banco, pagar contas, etc.)?
		G.69 A quem o(a) sr(a) poderia fazer confidências (contar algo muito pessoal) ou desabafar?
		G.70 A quem o(a) sr(a) poderia pedir ajuda para seu cuidado pessoal?

Questões relativas às famílias

Blocos temáticos e variáveis relacionadas à presença de outros integrantes na família, permanência na mesma residência e funcionalidade familiar.

Caracterização	Bloco temático	Questão
Permanência na mesma residência e convívio com outros familiares	Seção A Informações pessoais	A.20 Atualmente o(a) sr(a) vive sozinho(a) ou acompanhado(a)?
		A.21 Há 5 anos o(a) sr(a) morava exatamente com as mesmas pessoas com quem mora agora ou morava sozinho(a)?
		A.22 Há 5 anos, o(a) sr(a) morava nesta mesma casa?
Funcionalidade familiar (perspectiva do idoso)	Seção G Rede de apoio social e familiar	G.13 No total, quantas pessoas moram com o(a) sr(a)?
		G.78 Estou satisfeito pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.
		G.79 Estou satisfeito com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas
		G.80 Estou satisfeito com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.
		G.81 Estou satisfeito com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.
		G.82 Estou satisfeito com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.

Questões relativas aos cuidadores

Variáveis relativas a perfil, dedicação ao cuidado, funcionalidade familiar, dificuldades enfrentadas no cuidado, maneiras de enfrentamento, sobrecarga e satisfação pelo cuidado, relacionadas aos cuidadores informais.

Caracterização	Questão
Perfil dos cuidadores	n.1a Sexo
	n.1b Idade (em anos)
	n.1c Condição marital
	n.1d Sabe ler e escrever um recado
	n.1e Relação do cuidador com o idoso
	n.1f Local de residência do cuidador
Dedicação às atividades do cuidado	n.1g Frequência com que auxilia o idoso no desempenho das AVD
	n.1h Afastamento de atividades extradomiciliares para se dedicar ao cuidado
	n.1i Há quanto tempo auxilia o idoso (em anos)
	n.1j Recebe auxílio de outras pessoas na realização do cuidado
Funcionalidade familiar (APGAR do cuidador)	n.23a Estou satisfeito pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.
	n.23b Estou satisfeito com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas
	n.23c Estou satisfeito com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.
	n.23d Estou satisfeito com a maneira pela qual minha família demonstra

		afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.
	n.23e	Estou satisfeito com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.
Índice para avaliação das dificuldades do cuidador (CADI)		Reação do cuidador ao cuidado.
	n.24	Às vezes sinto-me “de mãos atadas”/sem poder fazer nada para controlar a situação.
	n.25	Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família
	n.32	Deixa-me muito cansado(a) fisicamente.
	n.41	Esta situação está me deixando estressado.
	n.45	A minha saúde foi afetada pelo fato de cuidar da pessoa que cuido.
	n.51	Não consigo ficar tranquilo por estar preocupado com os cuidados que tenho que prestar.
	n.52	Essa situação faz com que me sinta estressado(a).
		Nível de ajuda física
	n.28	A pessoa de quem cuido consegue me descontrolar/“me tirar do sério”.
	n.35	A pessoa de quem cuido exige demais de mim.
	n.37	Durmo pior por causa desta situação.
	n.46	A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (urinária ou fecal).
		Relação cuidador-idoso
	n.34	Deixou de existir o sentimento que antes havia na minha relação com a pessoa de quem cuido.
	n.36	A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto acha que poderia.
	n.44	Acho que a pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço.
	n.48	Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação.
		Restrição na vida social
	n.23	Não tenho tempo suficiente para mim mesmo.
	n.30	Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto.
	n.40	Não posso estar com os meus amigos tanto quanto gostaria.
	n.42	Não consigo ter um tempo de descanso, nem tirar uns dias de férias.
		Apoio profissional
	n.29	Parece-me que os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os cuidadores enfrentam.
	n.39	Esta situação faz com que me sinta irritado.
	n.49	Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais.
		Apoio familiar
	n.31	Chega a causar transtornos em minhas relações familiares.
	n.38	As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria.
	n.50	Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam.
		Demanda interpessoal
	n.27	A pessoa de quem cuido consegue me descontrolar.
	n.33	Às vezes a pessoa de quem cuido exige demais de mim.
	n.47	O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas.
		Consequência financeira
	n.26	Me traz problemas financeiros.
	n.43	A qualidade da minha vida piorou.

Índice de avaliação das satisfações do cuidador (CASI)	n.54	Auto-realização através do cuidado
	n.60	O fato de prestar cuidados aproximou-me mais da pessoa de quem cuido.
	n.61	É agradável ver a pessoa de quem cuido limpa, confortável e bem arrumada.
	n.62	Prestar cuidados permite-me cumprir o que sinto que é o meu dever.
	n.63	Sou o tipo de pessoa que gosta de ajudar os outros.
	n.64	Dá-me satisfação ver que a pessoa de quem cuido se sente bem.
	n.65	É bom ajudar a pessoa que cuido a vencer dificuldades e problemas.
	n.66	É agradável sentir que as coisas que eu faço dão bem-estar à pessoa de quem cuido.
	n.68	Por conhecer bem a pessoa de quem cuido, posso tratar dela melhor do que ninguém.
	n.81	É bom sentir-me apreciado pelos familiares e amigos que mais considero.
	n.70	Prestar cuidados faz-me sentir que sou útil e estimado.
	n.71	Forma de controle através do cuidado
	n.73	Ajuda a evitar que me sinta culpado(a).
	n.75	Sou capaz de manter em casa a pessoa de quem cuido, sem que ela tenha de ser institucionalizada.
	n.76	Posso garantir que a pessoa de quem cuido tem as suas necessidades satisfeitas.
	n.79	É importante para mim manter a dignidade da pessoa de quem cuido.
	n.80	Coloca-me à prova e faz com que vença as dificuldades.
		No final, eu sei que terei feito o melhor que me foi possível.
		Prestar cuidados é uma forma de mostrar meu amor pela pessoa de quem trato.
		Ampliando os horizontes através do cuidado
	n.69	Prestar cuidados estreitou meus laços familiares e relações de amizade.
	n.74	Prestar cuidados deu-me a oportunidade de ampliar meus interesses e contatos.
	n.77	Prestar cuidados é uma maneira de expressar minha fé.
	n.78	Prestar cuidados deu à minha vida um sentido que não tinha antes.
		Engajamento recíproco
	n.53	A pessoa de quem cuido aprecia o que faço.
	n.55	É bom observar pequenas melhoras no estado da pessoa que cuido.
	n.56	Sou capaz de ajudar a pessoa de quem cuido a desenvolver ao máximo as suas capacidades.
	n.57	Tenho possibilidade de retribuir o que de bom fez por mim a pessoa de quem cuido.
	n.72	Creio que se a situação fosse ao contrário, a pessoa de quem cuido faria o mesmo por mim.
		Crescimento pessoal através do cuidado
	n.52	Prestar cuidados permitiu-me desenvolver novas capacidades e habilidades.
	n.58	Prestar cuidados dá-me oportunidade de mostrar do que sou capaz.
	n.59	Apesar de todos os seus problemas, a pessoa de quem cuido não resmunga nem se queixa.
	n.67	Prestar cuidados tem-me ajudado a amadurecer e a crescer como pessoa.

ANEXO II

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO SABE - SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO - Coorte 2015

Estudo longitudinal de múltiplas coortes sobre as condições de vida e saúde dos idosos no Município de São Paulo.

Pesquisador: YEDA APARECIDA DE OLIVEIRA DUARTE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47683115.4.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: FUNDACAO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE SAO PAULO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.600.782

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto temático sobre saúde do idoso, com base em amostra representativa e seguimento longitudinal (4a onda) de residentes na cidade de São Paulo.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever e analisar padrões de vida e de saúde de idosos na cidade de São Paulo, bem como de seus determinantes e fatores associados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto equacionou adequadamente a avaliação de riscos e benefícios. Já foi aprovado para as ondas anteriores e já havia sido aprovado quanto a esse quesito para a corrente avaliação da 4a onda do seguimento longitudinal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A única pendência levantada dizia respeito à solicitação de informações adicionais quanto ao envio ao exterior de amostras de sangue para a realização de exames genéticos de interesse para o estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os termos obrigatórios. O TCLE informa adequadamente aos participantes do

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP

Continuação do Parecer: 3.600.782

estudo de que sua amostra de sangue poderá ser levada ao exterior para a realização de exames genéticos de interesse para o estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considero que os esclarecimentos adicionais prestados pela proponente são suficientes e recomendo aprovação do presente projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_P ROJETO_518377.pdf	24/07/2019 16:52:18		Aceito
Outros	Resposta_pendencia_Yeda.docx	24/07/2019 16:51:38	YEDA APARECIDA DE OLIVEIRA DUARTE	Aceito
Declaração de concordância	Justificativasabe.pdf	14/02/2017 17:23:46	Márcia Ferreira dos Santos	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	Deacordosabe.pdf	14/02/2017 17:23:46	Márcia Ferreira dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE03092015.pdf	03/09/2015 12:27:45	MARIA LUCIA LEBRÃO	Aceito
Folha de Rosto	pagina rosto Coep SABE 15.pdf	15/06/2015 13:09:04		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto SABE 2015.pdf	08/06/2015 21:09:45		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.248-904

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP

Continuação do Parecer: 3.600.782

SAO PAULO, 26 de Setembro de 2019

Assinado por:
José Leopoldo Ferreira Antunes
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 01.248-904
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 Fax: (11)3061-7779 E-mail: coep@fsp.usp.br