

Perfil do idoso dependente de cuidado domiciliar em comunidades de baixo nível socioeconômico de Porto Alegre, Rio Grande do Sul

Profile of the elderly individual dependent on home care in low socioeconomic level communities in Porto Alegre in the State of Rio Grande do Sul

Giovâni Firpo Del Duca¹
Aline de Deus Martinez²
Gisele Alsina Nader Bastos³

Abstract *The scope of this study was to estimate the prevalence of home care and to identify the demographic, socioeconomic, behavioral and health profile of dependent elderly individuals. The cross-sectional and representative delineation of the communities of Restinga and Extremo Sul in Porto Alegre in the State of Rio Grande do Sul included 638 elderly individuals. Home care was defined as a positive answer to the following question: "Do you have someone here in your home to take care of you?" The prevalence of home care was 49.5% (95% CI: 44.5; 54.5). Children and spouses were responsible for the majority of home care (40.7% and 37%, respectively). Men, unaccompanied and physically inactive individuals, of advanced age, lower educational level, higher economic level, functionally disabled and who had been hospitalized in the last year characterized the profile of the dependent elderly individual. The high prevalence of home care can serve as input for health services for the elderly. Among all the characteristics, functional disability was the one most closely associated with home care.*

Key words *Elderly, Caregivers, Home nursing, Socioeconomic factors, Aging*

Resumo *O estudo estimou a prevalência de cuidado domiciliar e identificou o perfil demográfico, socioeconômico, comportamental e de saúde dos idosos dependentes. O delineamento transversal e representativo das comunidades Restinga e Extremo Sul, de Porto Alegre (RS), incluiu 638 idosos. O cuidado domiciliar foi definido pela resposta positiva à questão: "O(a) Sr.(a) tem alguém aqui na sua casa para cuidar do(a) Sr(a)?" A prevalência de cuidado domiciliar encontrada foi de 25,4% (IC95%: 22,0; 28,8). Filhos(as) e esposos(as) foram responsáveis pela maioria do cuidado domiciliar prestado a idosos (40,7% e 37,0%, respectivamente). Homens, indivíduos sem companheiro(a), fisicamente inativos, com idade avançada, menor escolaridade e maior nível econômico, incapacidade funcional e que foram hospitalizados no último ano caracterizaram o perfil do idoso dependente. A alta prevalência de cuidado domiciliar serve de subsídio para políticas públicas destinadas a idosos. Dentre todas as características avaliadas, a incapacidade funcional, esteve mais fortemente associada ao cuidado domiciliar.*

Palavras-chave *Idoso, Cuidadores, Assistência domiciliar, Fatores socioeconômicos, Envelhecimento*

¹ Programa de Pós-graduação em Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Universitário, Coordenadoria de Pós-Graduação em Educação Física, Bairro Trindade. 88040-900 Florianópolis Santa Catarina. gfdelduca@gmail.com

² Programa de Pós-Graduação em Medicina de Família e Comunidade, Escola de Gestão em Saúde, Hospital Moinhos de Vento.

³ Escola de Gestão em Saúde, Hospital Moinhos de Vento.

Introdução

O aumento da expectativa de vida e a diminuição das taxas de fecundidade são aspectos marcantes da chamada transição demográfica. De modo geral, observa-se um aumento da população de idosos de forma mais acentuada nos países em desenvolvimento, embora este contingente ainda seja proporcionalmente bem inferior ao encontrado nos desenvolvidos¹. Especificamente no Brasil, estima-se que em 2025 os idosos atingirão o número de 33,4 milhões, passando a ocupar a quinta posição entre os países com maior número absoluto de indivíduos com 60 anos de idade ou mais².

O processo de envelhecimento é marcado por profundas mudanças no perfil de saúde. Em idosos, a ocorrência das chamadas doenças crônicas, quedas e da incapacidade funcional tendem a aumentar com o avanço da idade, impedindo em muitos casos a total independência e autonomia do indivíduo³⁻⁵, fazendo com que necessitem, em alguns casos, de cuidados periódicos em seu domicílio com a supervisão constante de um familiar, ou mesmo de um profissional capacitado.

Os cuidadores de idosos são geralmente responsáveis por auxiliá-los em atividades do cotidiano, como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina e deslocamentos, colaborando para a recuperação, ou mesmo na estabilização da qualidade de vida⁶. Em regiões em desenvolvimento, os cuidadores informais assumem grande responsabilidade pelo cuidado ao idoso. No Brasil, a Política Nacional da Saúde do Idoso⁷ e o Estatuto do Idoso⁸ preconizam a permanência dos idosos sob os cuidados de suas famílias pelo maior tempo possível, desestimulando ações como a institucionalização. No entanto, devido à sobrecarga física e ao desgaste emocional, o cuidador informal pode se tornar mais vulnerável, especialmente quando passa a responsabilizar-se por um familiar próximo em situação de fragilidade⁹.

Diante da problemática apresentada, este trabalho teve por objetivo estimar a prevalência de cuidado domiciliar e identificar o perfil demográfico, socioeconômico, comportamental e de saúde de idosos dependentes em comunidades de baixo nível socioeconômico de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

Métodos

Este estudo está vinculado a amplo inquérito epidemiológico desenvolvido nos distritos sanitá-

rios da Restinga e Extremo Sul, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Os bairros Lajeado, Lami, Belém Novo, Ponta Grossa e Chapéu do Sol formam o chamado Extremo Sul. Já a Restinga é um dos maiores bairros da capital gaúcha e ambas as localidades possuem um grande contingente populacional com baixo nível socioeconômico.

O delineamento adotado foi transversal de base populacional. No processo amostral por conglomerados, foram definidos dois estágios: os setores censitários, definidos como unidades amostrais primárias e os domicílios, constituindo as unidades amostrais secundárias. Foi realizado mapeamento prévio dos 121 setores censitários existentes, constatando-se que, destes, 117 eram setores domiciliares. Na fase de identificação de domicílios, foram mapeadas 29.929 residências habitadas. A partir de pulos sistemáticos, fizeram parte da amostra todos os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos residentes nos domicílios sorteados. Perdas e recusas foram definidas após a não realização da entrevista em, no mínimo, três visitas efetuadas em dias e horários distintos.

O cálculo de tamanho amostral utilizou os seguintes parâmetros e estimativas: prevalência de cuidado domiciliar de 25%, intervalo de confiança de 95% (IC95%) e erro aceitável de quatro pontos percentuais, com adicional de 10% para perdas e recusas, resultando em 495 sujeitos. No entanto, outros cálculos de amostra também foram realizados e, em função dos diversos desfechos estudados no inquérito, prevalecendo o maior tamanho de amostra.

A coleta de dados foi realizada no período de julho a dezembro de 2009. As entrevistas foram conduzidas por entrevistadores submetidos a treinamento de 80 horas para a devida aplicação do questionário. Nos casos em que o idoso apresentasse incapacidade para responder o questionário, as informações eram obtidas por *proxy*, a partir do relato do(a) cuidador(a). Foi realizado o controle de qualidade em 10% das entrevistas via telefone. Para digitalização dos dados e checagem das inconsistências utilizou-se o programa *Office Remark (Gravic Inc, Filadélfia, Estados Unidos)*.

O desfecho do estudo foi o cuidado domiciliar, avaliado a partir da seguinte questão: "O(a) Sr.(a) tem alguém aqui na sua casa para cuidar do(a) Sr(a)?" Já as exposições do estudo foram categorizadas do seguinte modo: sexo (masculino e feminino); idade em anos completos (60-69, 70-79 e ≥ 80); situação conjugal atual – com companheiro(a), solteiro(a) e separado(a)/viú-

vo(a); escolaridade em anos completos de estudo (0-4, 5-11 e ≥ 12); nível econômico em quartis, a partir da aplicação do questionário padronizado da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa¹⁰; nível de atividade física (inativo, pouco ativo ou ativo, correspondendo às categorias de 0 minuto/semana, 10 a 149 minutos/semana e ≥ 150 minutos/semana de prática de atividade física conforme o questionário Internacional de Atividade Física)¹¹; incapacidade funcional para atividades básicas da vida diária, empregando-se o Índice de Katz¹² e definindo-se como a necessidade de ajuda parcial ou total para, no mínimo, uma das atividades diárias investigadas (tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, deitar e levantar da cama/cadeira, comer e controle das funções de urinar/evacuar); hospitalização no último ano (sim ou não) e autopercepção de saúde (muito boa/boa, regular e ruim/muito ruim).

Na estatística descritiva, foram empregadas proporções e respectivos IC95% para variáveis categóricas, assim como médias, amplitudes de variação e desvios-padrão (dp) para variáveis numéricas. Na análise bruta, empregou-se o teste qui-quadrado de Pearson para variáveis categóricas dicotômicas e politômicas nominais e tendência linear para variáveis categóricas ordinais. Na análise ajustada, foi empregada a regressão de Poisson com variância robusta, com os resultados expressos em razões de prevalências¹³. Levou-se em consideração a hierarquia entre os possíveis fatores associados com o desfecho para a análise dos dados: sexo, idade e situação conjugal foram considerados determinantes distais; escolaridade e nível econômico inseridos no nível dois; nível de atividade física foi incluído no nível três; hospitalização no último ano e incapacidade funcional foram agrupados em um quarto nível, e como determinante proximal a autopercepção de saúde. Na modelagem estatística, adotou-se a estratégia de seleção “para trás” e um nível crítico de valor $p \leq 0,20$ para permanência no modelo para controle de confusão, considerando-se estatisticamente significativos valores $p \leq 0,05$.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Moínhos de Vento.

Resultados

Nos domicílios visitados, 671 sujeitos foram elegíveis para o estudo (idade ≥ 60 anos). Destes, foram entrevistados 638 idosos, o que corres-

pondeu a um percentual de perdas/recusas de 4,9%. Do total de questionários aplicados no estudo, 7,8% foram respondidos com auxílio do cuidador, em função da incapacidade de o idoso relatar respostas válidas.

A idade da amostra variou de 60 a 96 anos (média = 68,6 e $dp = 7,1$), sendo a maioria dos entrevistados do sexo feminino (59,7%). Considerável proporção de idosos tinha a situação conjugal de separado ou viúvo (39,2%) e possuía escolaridade de 0 a 4 anos de estudo (48,9%). Em relação aos aspectos de saúde, 66,3% eram inativos, 15,7% apresentavam incapacidade funcional e 16,1% foram hospitalizados no último ano (Tabela 1).

Tabela 1. Análise descritiva dos idosos moradores dos bairros Restinga e Extremo Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2009.

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	257	40,3
Feminino	381	59,7
Idade (anos completos)		
60-69	403	63,2
70-79	180	28,2
≥ 80	55	8,6
Situação conjugal atual		
Com companheiro(a)	334	52,3
Solteiro(a)	54	8,5
Separado(a)/Viúvo(a)	250	39,2
Escolaridade (anos completos)		
0-4	312	48,9
5-11	222	34,8
≥ 12	104	16,3
Nível econômico (em quartis) ^a		
1º quartil (mais pobre)	181	28,7
2º quartil	147	23,3
3º quartil	157	24,9
4º quartil (mais rico)	146	23,1
Nível de atividade física (min/sem)		
Inativos (≤ 149)	423	66,3
Ativos (≥ 150)	215	33,7
Incapacidade funcional		
Não	536	84,3
Sim	100	15,7
Hospitalização		
Não	535	83,9
Sim	103	16,1
Autopercepção de saúde		
Muito boa/boa	266	41,8
Regular	283	44,5
Ruim/muito ruim	87	13,7

^a Variável com maior número de valores ignorados (n = 7).

A prevalência de cuidado domiciliar encontrada foi de 25,4% (IC95%: 22,0; 28,8). A maioria dos cuidadores eram entes da própria família: filho(a) – 40,7% e esposo(a) – 37,0% foram as respostas mais relatadas pelos entrevistados. Apenas 4,3% dos idosos disseram ter cuidador formal contratado.

A Tabela 2 apresenta os fatores associados ao cuidado domiciliar em idosos moradores da Res-

tinga/Extremo Sul. Após análise ajustada, constatou-se que homens tiveram uma probabilidade 50% maior de terem cuidador no domicílio. Os idosos sem companhia, tanto aqueles solteiros (RP = 1,61), quanto os separados e os viúvos (RP = 1,45) apresentaram maiores prevalências de cuidado domiciliar. O desfecho esteve também associado ao avanço da idade ($p < 0,001$), ao menor nível de escolaridade ($p = 0,003$) e ao

Tabela 2. Prevalência, análise bruta e ajustada do cuidado domiciliar em idosos moradores da Restinga/Extremo Sul conforme variáveis independentes. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2009.

Variáveis	Cuidado domiciliar (%)	Análise Bruta		Análise Ajustada	
		RP (IC _{95%})	p	RP (IC _{95%})	p
Bloco 1: Variáveis demográficas					
Sexo			0,29		0,006
Masculino	27,6	1,16 (0,89; 1,51)		1,50 (1,12; 2,00)	
Feminino	23,9	1,00		1,00	
Idade (anos completos)			<0,001*		<0,001*
60-69	16,6	1,00		1,00	
70-79	35,6	2,14 (1,59; 2,87)		2,01 (1,49; 2,71)	
≥ 80	56,4	3,39 (2,46; 4,67)		3,21 (2,30; 4,48)	
Situação conjugal			0,01		0,04
Com companheiro(a)	20,4	1,00		1,00	
Solteiro(a)	31,5	1,55 (0,99; 2,41)		1,61 (1,01; 2,55)	
Separado(a)/Viúvo(a)	30,8	1,51 (1,14; 2,00)		1,45 (1,06; 1,97)	
Bloco 2: Variáveis socioeconômicas					
Escolaridade (anos completos)			0,001*		0,003*
0-4	56,4	1,00		1,00	
5-11	35,6	0,60 (0,44; 0,83)		0,69 (0,50; 0,94)	
≥ 12	16,6	0,57 (0,37; 0,88)		0,56 (0,36; 0,88)	
Nível econômico (ABEP)			0,09*		0,001*
1º quartil (mais pobre)	21,6	1,00		1,00	
2º quartil	23,1	1,07 (0,72; 1,61)		1,28 (0,86; 1,92)	
3º quartil	30,6	1,42 (0,99; 2,04)		1,61 (1,14; 2,29)	
4º quartil (mais rico)	27,4	1,27 (0,87; 1,87)		1,78 (1,22; 2,61)	
Bloco 3: Variáveis comportamentais					
Nível de atividade física (min/sem)			0,007		0,05
Inativos (≤ 149 min/sem)	28,8	1,00		1,00	
Ativos (≥ 150 min/sem)	18,6	0,65 (0,47; 0,89)		0,73 (0,52; 1,00)	
Bloco 4: Variáveis de saúde					
Incapacidade funcional			<0,001		<0,001
Não	18,1	1,00		1,00	
Sim	64,0	3,54 (2,80; 4,46)		2,70 (2,09; 3,50)	
Hospitalização			<0,001		0,02
Não	22,2	1,00		1,00	
Sim	41,8	1,88 (1,42; 2,48)		1,38 (1,06; 1,79)	
Bloco 5: Variável de autopercepção					
Autopercepção de saúde			<0,001*		0,28
Muito boa/boa	21,1	1,00		1,00	
Regular	22,3	1,06 (0,77; 1,45)		0,94 (0,69; 1,27)	
Ruim/muito ruim	47,1	2,24 (1,62; 3,09)		1,27 (0,89; 1,79)	

* Tendência linear

maior nível econômico ($p = 0,001$). Idosos ativos tiveram uma probabilidade 27% menor de cuidado domiciliar, enquanto aqueles com incapacidade funcional e que foram hospitalizados no último ano apresentaram riscos de 2,70 e 1,38, respectivamente, para a ocorrência do desfecho.

Discussão

O incremento da expectativa de vida consiste em um fenômeno global responsável por gerar diversas repercussões à assistência aos idosos, desde o cuidado direto intradomiciliar até a necessidade de maiores investimentos nas políticas de saúde pública, tais como ampliação da rede de atenção básica voltada a eles. A frequente necessidade de cuidados médicos, o uso de medicamentos, as internações e os agravos de saúde decorrentes de incapacidade funcional¹⁴ repercutem na saúde pública, onde percebe-se que os investimentos na área de saúde do idoso, dependente ou não de cuidado domiciliar, parecem insuficientes frente à crescente demanda de necessidades em saúde atribuídas a esta faixa etária¹⁵.

A prevalência de idosos com cuidados no domicílio encontrada neste estudo foi de 25,4% (IC95%: 22,0; 28,8). Pesquisas nesta temática encontram prevalências entre 23,0%¹⁶ e 49,5%¹⁷. Esta variação percentual justifica-se na adoção de diferentes critérios para determinar o cuidado domiciliar, visto que não há instrumento padrão para mensurá-lo, bem como nas diferentes características socioeconômicas das populações avaliadas, o que limita maiores comparações entre estudos.

O presente estudo ratificou o predomínio de cuidados prestados por filhos(as) e cônjuges aos idosos em seus domicílios. Existe uma alternância entre várias pesquisas no estabelecimento de vínculo familiar com o cuidador: em alguns, há maioria de cuidadores na posição de filhos¹⁸; em outros, a situação de cônjuge é mais frequente^{16,17}. Embora a dinâmica familiar seja transformada pela presença de um idoso dependente, nota-se que esta permanece como a opção mais viável de prestação de cuidados, seja pelo fator financeiro ou pela cultura da obrigação familiar. Frente à possibilidade de transferir os cuidados para instituições de longa permanência, tanto familiares¹⁹, quanto idosos²⁰ e políticas públicas em vigor⁸ afirmam que esta seria uma alternativa para casos críticos. Porém, é preciso atentar que a falta de informações necessárias para lidar com doenças crônico-degenerativas, e

a ausência de suporte para lidar com as mudanças emocionais geradas pelo surgimento de incapacidades, tornam os cuidadores mais vulneráveis ao adoecimento^{6,9}.

Diferentemente de outros trabalhos^{16,21} desenvolvidos no Brasil que não encontraram relação entre sexo e cuidado domiciliar, nosso estudo apontou que homens tiveram uma maior probabilidade de serem cuidados em seus domicílios. De fato, essa pode ser uma característica marcante da localidade investigada, muito embora tal resultado esteja em concordância com outro estudo brasileiro¹⁷. Sabe-se que os homens são culturalmente cuidados por suas esposas, em muitos casos também idosas²², e que as características socioeconômicas das populações podem influenciar em tal resultado, merecendo, no entanto, novas investigações com populações semelhantes desse ponto de vista para maiores inferências conclusivas. Além disso, a condição de não ter companheiro apresentou associação positiva com cuidado domiciliar. Sabe-se que a falta de rede de apoio predispõe a autoavaliação de saúde ruim por parte do idoso²³. Uma rede de apoio social inadequada é também um importante indicador de morbidade e de demais problemas de saúde, como incapacidade funcional³, que certamente aumentam a necessidade de cuidado ao idoso.

A presença de cuidador também esteve associada com a menor escolaridade. Em recentes trabalhos^{16,17}, encontrou-se resultado semelhante, e, de fato, níveis de escolaridade mais baixos estão associados a indicadores negativos de saúde do idoso, como a incapacidade funcional²⁴. Em contrapartida, observou-se que idosos que tinham maior nível econômico possuíam maior cuidado domiciliar. Este resultado reforça o pensamento de que, embora sejam indicadores socioeconômicos importantes, não necessariamente altos níveis econômicos e de escolaridade apontem para um mesmo desfecho. Neste caso, a associação entre maior nível econômico e cuidado domiciliar pode ser explicada pelo fato de que indivíduos com melhores condições financeiras têm a possibilidade de contratar serviço especializado a partir de um cuidador formal. Esta situação ainda é pouco frequente na realidade brasileira, mas no presente estudo, de todos os cuidadores formais relatados, cerca de 71% encontravam-se em idosos dos quartis mais elevados de nível econômico (quartis 3 e 4, respectivamente).

Inatividade física e incapacidade funcional foram fatores fortemente associados ao perfil do idoso dependente de cuidados no domicílio, assim como o evento de hospitalização no último

ano. Sabe-se que a prática regular de atividade física é um importante comportamento a ser adotado na perspectiva de prevenir ou mesmo reduzir a presença de doenças crônicas. Além disso, indivíduos fisicamente ativos possuem maior autoestima, autoconfiança e independência funcional²⁵.

Este estudo apresentou limitações, como o fato de não ter sido investigado o sexo do cuidador do idoso. Além disso, os dados representativos de uma região geográfica específica do município de Porto Alegre, caracterizada como área periférica e de baixo potencial socioeconômico, não permitem a extrapolação dos achados para a capital gaúcha como um todo. No entanto, comparações relativas ao perfil do idoso dependente de

cuidado domiciliar são possíveis de serem realizadas com trabalhos futuros, uma vez que a ocorrência de cuidado domiciliar parece sofrer forte influência de características socioeconômicas das localidades investigadas, mas os fatores associados parecem manter consistência, em sua grande parte, com trabalhos já desenvolvidos.

Fica evidente a necessidade de ações em saúde pública com vistas a qualificar as ações prestadas por cuidadores, em sua imensa maioria, antes da própria família e sem grandes informações sobre o cuidado cotidiano do idoso. Incentivos à prevenção da ocorrência de incapacidade funcional em idosos também são bem-vindos, uma vez que essa característica mostrou-se o fator mais fortemente associado ao cuidado domiciliar.

Colaboradores

GF Del Duca propôs o tema do estudo, efetuou a análise dos dados e redigiu a primeira versão do manuscrito. AD Martinez atuou na revisão de literatura, escrita da primeira versão e revisão do manuscrito. GAN Bastos atuou na coordenação do trabalho de campo, na redação e na revisão do manuscrito.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela bolsa de doutorado cedida à GF Del Duca. Fonte de financiamento: Pesquisa realizada no âmbito do Projeto Desenvolvimento de Técnicas de Operação e Gestão de serviços de Saúde em uma Região Intramunicipal de Porto Alegre - Distritos da Restinga e Extremo-Sul, de acordo com o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), firmado entre o Ministério da Saúde e a Associação Hospitalar Moinhos de Vento.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil*. 2000. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); 2002.
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); 2005.
3. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saude Publica* 2003; 19(3):735-743.
4. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Vieira V, Hallal PC. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Rev Saude Publica* 2007; 41:749-756.
5. Del Duca GF, da Silva MC, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev Saude Publica* 2009; 43(5):113-120.
6. Floriani CA, Schramm FR. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? *Cad Saude Publica* 2004; 20(4):986-994.
7. Brasil. Lei nº. 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1994; 5 jan.
8. Brasil. Lei nº. 10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2003; 3 out.
9. Nascimento LC. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. *Rev Bras Enferm* 2008; 61(4):514-517.
10. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [ABEP]. *Critério de Classificação Econômica Brasil*. São Paulo: ABEP; 2003.
11. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, Pratt M, Ekelund U, Yngve A, Sallis JF, Oja P. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* 2003; 35(8):1381-1395.
12. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged. the Index of Adl: a Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA* 1963; 185(12):914-919.
13. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistical regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003; 3(1):12.
14. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saude Publica* 2009; 43(3):548-554.
Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad Saude Publica* 2003;19(3):773-781.
15. Giacomin KC, Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos The Bambuí Health and Aging Study (BHAS). *Cad Saude Publica* 2005; 21(1):80-91.
16. Del Duca GF, Thumé E, Hallal PC. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. *Rev Saude Publica* 2011;45(1):113-120.
17. Feliciano AB, de Moraes SA, de Freitas ICM. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cad Saude Publica* 2004; 20(6):1575-1585.
18. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad Saude Publica* 2003; 19(3):861-866.
19. Silva LR, Vazquez-Garnica EK. El cuidado a los ancianos: las valoraciones en torno al cuidado no familiar. *Texto Contexto Enferm* 2008; 17(2):225-231.
20. Thumé E, Facchini A, Tomasi E, Vieira LAS. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. *Rev Saude Publica* 2010; 44(6):1102-1111.
21. Gonçalves LHT, Alvarez AM, Sena ELS, Santana LWS, Vicente FR. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto Contexto Enferm* 2006; 15(4):570-577.
22. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí *Rev Saude Publica* 2004; 38(6):827-834.
23. Rosa TE, Benicio MH, Latorre Mdo R, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saude Publica* 2003; 37(1):40-48.
24. Nelson M, Rejeski W, Blair S, Duncan P, Judge J, King A, Macera CA, Castaneda-Sceppa C. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc* 2007; 39(8):1435-1445.

Artigo apresentado em 15/03/2011

Aprovado em 25/03/2011

Versão final apresentada em 15/04/2011