



Idosos cuidadores que moram em contextos urbanos, rurais e de alta vulnerabilidade social

Elderly caregivers living in urban, rural and high social vulnerability contexts

Ancianos cuidadores que viven en contextos urbanos, rurales y de alta vulnerabilidad social

Sofia Cristina Iost Pavarini¹, Anita Liberalesso Neri², Allan Gustavo Brigola³, Ana Carolina Ottaviani³, Érica Nestor Souza³, Estefani Serafim Rossetti³, Mariéli Terassi³, Nathalia Alves de Oliveira³, Bruna Moretti Luchesi³

Como citar este artigo:

Pavarini SCI, Neri AL, Brigola AG, Ottaviani AC, Souza EM, Rossetti ES, et al. Elderly caregivers living in urban, rural and high social vulnerability contexts. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03254. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016040103254>

¹ Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Gerontologia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, São Carlos, SP, Brasil.

² Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Campinas, SP, Brasil.

³ Universidade Federal de São Carlos, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, São Carlos, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: Comparing the differences in the sociodemographic, care and health profiles of elderly caregivers of the elderly living in urban, rural, and high social vulnerability contexts. **Method:** A cross-sectional study developed with elderly caregivers enrolled in the Family Health Units of a municipality in the interior of São Paulo. Household interviews and evaluations were conducted on: Activities of Daily Living (ADL), self-reported pain, frailty, cognition, life satisfaction, family functionality, burden, stress and hope. **Results:** A total of 343 elderly caregivers of elderly individuals participated in the study, of which 55.1% lived in an urban context, 23.6% in rural areas, and 21.3% in a context of high social vulnerability. The majority of elderly caregivers were women across the three contexts, with a median age of 67 years and caring for their spouse. Caregivers from regions of high social vulnerability had lower education level, received less emotional and material help to care, were less satisfied with life, more fragile, in more cognitive decline, had worse family functionality and a lower level of hope when compared to caregivers of urban and rural contexts ($p < 0.05$). However, caregivers from areas of high vulnerability were more independent for ADL. **Conclusion:** Professionals working in Primary Care should consider these differences when planning interventions aimed at the specific group of caregivers.

DESCRIPTORS

Aged; Caregivers; Social Vulnerability; Rural Health; Urban Population; Geriatric Nursing.

Autor correspondente:

Sofia Cristina Iost Pavarini
Rodovia Washington Luís, Km 235 SP-310
CEP 13565-905 – São Carlos, SP, Brasil
sofiapavarini@gmail.com

Recebido: 11/10/2016
Aprovado: 25/04/2017

INTRODUÇÃO

Mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população levaram ao aumento do número de idosos com doenças crônicas, as quais podem comprometer a capacidade funcional do idoso e acarretar necessidade de cuidados diários⁽¹⁾. A maioria dos cuidados aos idosos emana de rede informal e familiar. A literatura aponta algumas características comuns dos cuidadores familiares como sendo do sexo feminino, baixa escolaridade, cônjuge ou filha do idoso⁽²⁻³⁾.

Cuidar de um idoso é uma tarefa complexa que provoca mudanças na vida de quem cuida, e podem se acentuar quando o cuidador é também uma pessoa idosa, o que vem se tornando um fato comum, devido ao envelhecimento populacional. Nesse sentido, alguns estudos vêm mostrando o crescimento do número de pessoas com mais de 60 anos que desempenham o papel de cuidadores informais de outro idoso mais dependente^(2,4-5).

O cuidado ofertado em domicílio permite ao idoso estar no convívio familiar, porém, a maioria das famílias possui baixas condições financeiras e sociais, o que pode dificultar a tarefa de cuidar⁽⁶⁾. Em contexto de vulnerabilidade social os idosos possuem mais prejuízos na sua qualidade de vida, aumento de sobrecarga física e emocional, e podem apresentar saúde mais fragilizada⁽⁷⁻⁸⁾.

Já em contextos distantes dos centros urbanos, como as áreas rurais, o cuidado à pessoa dependente também pode ser influenciado. Para o ano de 2013, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que perto de 16% dos idosos viviam em regiões e comunidades rurais⁽⁹⁾. A rede de suporte no contexto rural ainda é frágil, e as redes de cuidado informais são as que prevalecem⁽¹⁰⁾.

A literatura evidencia peculiaridades em residir no contexto urbano, rural e de alta vulnerabilidade^(6,8,10). No entanto, estudos que comparam as diferenças desses três contextos em idosos que desempenham papel de cuidadores de outros idosos ainda são escassos. Esse tipo de informação pode permitir a criação de programas e atividades de apoio aos idosos cuidadores com enfoque nas características do contexto em que eles estão inseridos, de modo que sejam mais efetivos e eficientes na Atenção Primária à Saúde. Os dados podem, portanto, subsidiar intervenções, orientações e suporte para os cuidadores, voltados para a promoção da saúde, interação social, melhoria da qualidade de vida, e prevenção de fatores estressantes e adversidades oriundas do cuidado.

Considerando a temática abordada, esta pesquisa teve como objetivo comparar as diferenças no perfil sociodemográfico, de cuidado e de saúde de idosos cuidadores de idosos que vivem em contextos urbanos, em contextos rurais, e em contextos de alta vulnerabilidade social.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, desenvolvido com idosos cuidadores de todas as Unidades de Saúde da Família (USF) de um município do interior paulista. O município possuía, no ano de 2014, 17 Equipes de Saúde da Família, sendo que 15 atendiam à área urbana. As outras duas estão localizadas em dois distritos do município que se encontram

distantes do centro urbano, e atendem a chácaras e fazendas do local. Para este estudo foi considerada como rural a área de abrangência dessas duas USF. Já as equipes da área urbana foram divididas de acordo com a vulnerabilidade social avaliada pelo Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS), que considera variáveis socioeconômicas (renda *per capita*, alfabetização) e demográficas (idade, sexo). Cinco estavam localizadas em áreas de alta vulnerabilidade social (IPVS=5), e dez em áreas de média e baixa vulnerabilidade (IPVS=2 a 4). As USF localizadas nas áreas com IPVS=5 foram consideradas como altas vulnerabilidades, e as localizadas em área com IPVS=2 a 4, como urbanas.

A população do estudo foi de idosos (60 anos ou mais de idade) cadastrados nas USF do município. Os critérios de inclusão foram: ser cuidador primário de um idoso dependente (≥ 60 anos) residente na mesma casa. Para ser considerado dependente, o idoso tinha que ser dependente em pelo menos uma Atividade Básica de Vida Diária (ABVD), avaliada pelo Índice de Katz⁽¹¹⁾ e/ou Atividade Instrumental de Vida Diária (AIVD), avaliada pela Escala de Lawton e Brody⁽¹²⁾. Os referidos instrumentos também foram aplicados no idoso cuidador, que deveria ser mais independente do que o idoso com quem morava.

A amostra foi selecionada a partir de um total de 594 residências listadas pelas equipes de Saúde da Família, onde residiam dois ou mais idosos, e resultou em 351 idosos cuidadores de idosos entrevistados. Dos 351 participantes que preencheram o questionário completo, oito foram excluídos da presente análise por não terem completado a avaliação da saúde. A amostra final foi composta por 343 idosos cuidadores, que foram divididos em três grupos, de acordo com o local de residência: área urbana (n=189), área de alta vulnerabilidade social (n=73) e área rural (n=81).

As entrevistas ocorreram no domicílio dos idosos, no período de abril a novembro de 2014, foram realizadas por pós-graduandos das áreas de enfermagem e gerontologia, devidamente capacitados para realizar as avaliações.

A avaliação contemplou três aspectos: 1) Caracterização sociodemográfica: sexo, idade e escolaridade; 2) Caracterização do contexto do cuidado: grau de parentesco com o idoso dependente de cuidado (cônjuge, filho/a, genro/nora, irmão/ã, outro), renda familiar mensal (em reais), número de pessoas que morava na casa, se havia a presença de criança(s) na casa (sim/não), se recebia ajuda material para cuidar do idoso (sim/não) e se recebia ajuda emocional para cuidar do idoso (sim/não); 3) Caracterização das condições de saúde, no qual foram avaliadas: ABVDs: Índice de Katz⁽¹¹⁾, foram considerados como dependentes os idosos cuidadores dependentes em pelo menos uma das seis ABVD, e o restante como independentes; AIVDs: Escala de Lawton e Brody⁽¹²⁾, os idosos cuidadores com pontuação igual a 21 pontos foram considerados independentes, e os com pontuação entre 8 e 20, dependentes parciais; Dor autorrelatada: sente dor (sim/não); Fragilidade: avaliada de acordo com o fenótipo de cinco componentes⁽¹³⁾; Perda de peso não intencional (indicada pela resposta afirmativa com perda superior à 4,5 kg ou 5% do peso à pergunta "Nos últimos 12 meses o(a) senhor(a) acha que perdeu peso sem

fazer nenhuma dieta?); Fadiga (avaliada por respostas “sempre” ou “na maioria das vezes” em qualquer uma das duas questões da *Center for Epidemiological Studies – Depression*, CES-D: 1) Com que frequência na última semana sentiu que tudo que fez exigiu um grande esforço? e 2) Com que frequência na última semana sentiu que não conseguiria levar adiante suas coisas?.); Baixa força de preensão palmar (indicada pela média de três medidas consecutivas de força de preensão da mão dominante, em Kgf, por meio de dinamômetro hidráulico tipo Jamar, Modelo SH5001, fabricado pela SAEHAN®, Lafayette, Illinois, USA), idosos que apresentaram o menor quintil de força ajustados por sexo e Índice de Massa Corporal (IMC) pontuaram para o componente; Lentidão da marcha (indicada pela média de três medidas consecutivas do tempo em segundos que o idoso gastava para percorrer 4,6 m em linha reta, no plano, em passo usual, sendo permitido o uso de bengala ou andador. Para permitir a aceleração e a desaceleração da caminhada, foram acrescentados dois metros antes e dois metros após o percurso, totalizando 8,6 m de caminhada): os 20% mais lentos de acordo com sexo e média de altura pontuaram para o componente; e Baixo nível de atividade física (indicado por resposta afirmativa ao item “O(a) senhor(a) acha que faz menos atividades físicas do que há 12 meses?”): a presença de três ou mais componentes do fenótipo caracterizam a pessoa como frágil, de um ou dois critérios como pré-frágil, e de nenhum como não frágil. Para as análises, foi comparado o grupo de idosos frágeis com o grupo de idosos não frágeis/pré-frágeis; Cognição: *Addenbrooke’s Cognitive Examination Revised* (ACE-R)⁽¹⁴⁾, que contempla cinco domínios (orientação/atenção, memória, fluência verbal, linguagem e habilidade visuoespacial), e o escore geral varia de 0 a 100 pontos, quanto maior, melhor o desempenho cognitivo. Foi utilizada a nota de corte de 65 pontos, a qual obteve sensibilidade 75,6% e especificidade 73,8% em uma amostra de idosos brasileiros da comunidade com diferentes graus de escolaridade⁽¹⁵⁾. Foram comparados os grupos acima e abaixo da nota de corte; Satisfação com a vida: foi questionado aos idosos “O sr(a) está satisfeito com a sua vida?” (pouco/mais ou menos/muito). Nas análises, considerou-se os idosos que responderam estar muito satisfeitos com a vida; Funcionalidade familiar: APGAR de família, que teve suas propriedades psicométricas testadas em idosos⁽¹⁶⁾, o qual mensura a satisfação em relação a cinco componentes, adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutive. O escore resulta em uma pontuação

de 1 a 20, sendo que pontuações superiores a 13 caracterizam boa funcionalidade familiar. Para as análises, foram considerados os idosos que possuíam boa funcionalidade familiar; Sobrecarga relacionada ao cuidado: Inventário de Sobrecarga de Zarit (ZBI)⁽¹⁷⁾, que contém 22 itens que avaliam o impacto percebido do ato de cuidar sobre a saúde física e emocional, atividades sociais e condição financeira do cuidador. O escore total é obtido somando-se todos os itens e pode variar de 0 a 88, sendo que quanto maior o escore, maior a intensidade da sobrecarga apresentada pelo cuidador. Os idosos cuidadores foram divididos nos grupos acima e abaixo da mediana da amostra (mediana=15); Estresse: Escala de Estresse Percebido (EEP)⁽¹⁸⁾, que possui 14 itens que indicam o nível de estresse percebido pelo idoso. O escore final é a soma das respostas e varia de 0 a 56, sendo que quanto maior a pontuação, maior o nível de estresse percebido. Os idosos cuidadores foram divididos nos grupos acima e abaixo da mediana da amostra (mediana=17); e Esperança: Escala de Esperança de Herth (EEH)⁽¹⁹⁾, que possui 12 itens para avaliar o nível de esperança. O escore total varia de 12 a 48, sendo que quanto maior o escore, mais alto o nível de esperança. Nas análises, os idosos cuidadores foram divididos nos grupos acima e abaixo da mediana da amostra (mediana=42).

Os dados foram analisados no *software* SPSS. Foram realizados cálculos de frequência simples e mediana para as variáveis em cada um dos três grupos: urbano, rural e alta vulnerabilidade. Os resultados apresentam três tipos de comparação: urbano *versus* rural, urbano *versus* alta vulnerabilidade, e rural *versus* alta vulnerabilidade. Os grupos foram comparados por meio dos testes qui-quadrado para variáveis categóricas e U de Mann-Whitney para variáveis contínuas. Foi considerado o nível de significância $p \leq 0,05$.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (parecer nº 416.467/2013). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da entrevista.

RESULTADOS

Dos 343 idosos cuidadores avaliados, 189 (55,1%) moravam na área urbana, 81 (23,6%) na área rural, e 73 (21,3%) na área alta vulnerabilidade social.

A Tabela 1 mostra os dados de frequência, mediana e o p-valor para as comparações entre os grupos quanto ao perfil sociodemográfico, de cuidado e de saúde.

Tabela 1 – Comparação dos idosos cuidadores residentes em contexto urbano, rural e de alta vulnerabilidade quanto ao perfil sociodemográfico de cuidado e de saúde – São Carlos, SP, Brasil, 2014.

| Caracterização | Frequência/mediana de acordo com a localidade | | | Comparações p-valor | | |
|-------------------------|---|--------------|-----------------------------|---------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| | Urbano (n=189) | Rural (n=81) | Alta vulnerabilidade (n=73) | Urbano vs. Rural | Urbano vs. Alta vulnerabilidade | Rural vs. Alta vulnerabilidade |
| Sociodemográfica | | | | | | |
| Sexo (feminino)* | 75,1% | 76,5% | 80,8% | 0,80 | 0,33 | 0,52 |
| Idade (anos)** | 68 | 67 | 68 | 0,59 | 0,77 | 0,59 |
| Escolaridade (anos)** | 4 | 4 | 2 | 0,64 | 0,00 | 0,00 |

continua...

...continuação

| Caracterização | Frequência/mediana de acordo com a localidade | | | Comparações p-valor | | |
|---|---|----------------|-----------------------------|---------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| | Urbano (n=189) | Rural (n=81) | Alta vulnerabilidade (n=73) | Urbano vs. Rural | Urbano vs. Alta vulnerabilidade | Rural Vs. Alta vulnerabilidade |
| Contexto do cuidado | | | | | | |
| Pessoas na casa** | 3 | 2 | 2 | 0,01 | 0,07 | 0,57 |
| Recebe ajuda material* | 18,0% | 22,2% | 4,1% | 0,59 | 0,01 | 0,00 |
| Recebe ajuda emocional* | 57,1% | 55,6% | 11,0% | 0,77 | 0,00 | 0,00 |
| Parentesco (cônjuge)* | 83,6% | 90,1% | 83,6% | 0,88 | 0,53 | 0,51 |
| Renda (R\$)* Sem informação | 2000,00 n=18 | 2075,00 n=5 | 1448,00 n=2 | 0,36 | 0,51 | 0,69 |
| Reside com criança* | 16,9% | 13,6% | 9,6% | 0,49 | 0,13 | 0,44 |
| Saúde | | | | | | |
| Katz (independentes)* | 85,2% | 84,0% | 94,5% | 0,79 | 0,04 | 0,04 |
| Lawton (independentes)* | 36,5% | 49,4% | 49,3% | 0,04 | 0,05 | 0,90 |
| Sente dor* | 63,5% | 60,5% | 57,5% | 0,64 | 0,37 | 0,71 |
| Fragilidade (frágil)* | 19,6% | 9,9% | 37,0% | 0,05 | 0,00 | 0,00 |
| ACE-R (acima da nota de corte)* | 54,5% | 58,0% | 19,2% | 0,59 | 0,00 | 0,00 |
| Satisfação com a vida (muito satisfeito)* | 82,5% | 80,2% | 60,3% | 0,65 | 0,00 | 0,01 |
| APGAR (boa funcionalidade)* | 88,9% | 86,4% | 74,0% | 0,56 | 0,00 | 0,05 |
| ZBI (acima da mediana)* | 53,4% | 53,1% | 41,1% | 0,95 | 0,07 | 0,14 |
| EEP (acima da mediana)* | 52,9% | 42,0% | 64,4% | 0,10 | 0,09 | 0,00 |
| EEH (acima da mediana)* | 57,1% | 71,6% | 34,2% | 0,02 | 0,00 | 0,00 |

*teste de qui-quadrado. **teste de U Mann-Whitney. ACE-R=Addenbrooke's Cognitive Examination Revised. ZBI=Inventário de Sobrecarga de Zarit. EEP=Escala de Estresse Percebido. EEH=Escala de Esperança de Herth. Medianas estabelecidas: ZBI=15; EEP=17; EEH=42. Nota: (n=343).

O perfil sociodemográfico dos idosos cuidadores dos três grupos evidenciou que eles eram em sua maioria do sexo feminino, com idade mediana em torno de 67 anos, e com baixa escolaridade. A maioria, em todos os contextos, cuidava do cônjuge, morava em casas sem crianças e com duas ou três pessoas na casa.

Os idosos cuidadores que moravam em áreas rurais possuíam, de maneira geral, um melhor desempenho nas condições de saúde. Eram os cuidadores com menor porcentagem de fragilidade (9,9%), com melhor desempenho cognitivo (58% acima da mediana no ACE-R), menos estressados (64,4% acima da mediana na EEP), menos sobrecarregados (42% acima da mediana na ZBI) e com maior nível de esperança (71,6% acima da mediana na EEH).

Na comparação entre o grupo de idosos cuidadores da área urbana com o da área rural, o primeiro teve um maior número de pessoas morando na casa e maior porcentagem de cuidadores frágeis. Entretanto, os cuidadores residentes na área rural eram mais independentes para as AIVDs e tinham maior nível de esperança.

Os resultados mostraram que as maiores diferenças foram encontradas na comparação entre os contextos urbanos e de alta vulnerabilidade social. Para esses grupos, houve diferença nas variáveis: escolaridade, ajuda material, ajuda emocional, Katz e Lawton, fragilidade, ACE-R, satisfação com a vida, APGAR e EEH. O grupo de idosos cuidadores que vivia em regiões urbanas apresentou maior escolaridade, recebia mais ajuda material e emocional, tinha menos cuidadores frágeis, tinha melhor desempenho cognitivo, era mais satisfeito com a vida, tinha melhor funcionalidade familiar e um maior nível de esperança do que os idosos cuidadores das áreas de alta vulnerabilidade social. Em contrapartida,

o grupo que vivia em áreas de alta vulnerabilidade era mais independente tanto para as ABVDs quanto para as AIVDs.

Já na comparação entre o grupo da área rural com o grupo da área de alta vulnerabilidade, observou-se que o grupo residente nas áreas mais vulneráveis tinha pior escolaridade, recebia menos ajuda material e emocional para cuidar, era mais frágil, tinha pior desempenho cognitivo, era menos satisfeito com a vida, tinha pior funcionalidade familiar, maior nível de estresse percebido e menor nível de esperança. A única variável que foi melhor para esse grupo em comparação com o grupo da área rural foi o desempenho nas ABVDs.

DISCUSSÃO

Com relação às características sociodemográficas dos idosos cuidadores, não houve diferença quanto ao sexo, à idade e à renda familiar nos diferentes contextos. Os dados corroboram a literatura no que diz respeito à predominância de mulheres, com idade próxima a 70 anos, cuidando de idosos⁽³⁻⁴⁾. Apesar de não terem sido encontradas diferenças significativas na comparação da renda familiar mensal, os idosos cuidadores das áreas de alta vulnerabilidade social apresentavam menor renda mediana. Além disso, ressalta-se que essa variável não foi informada por um total de 25 idosos, o que pode ter interferido nos resultados das comparações.

Já para a escolaridade, os idosos cuidadores em contextos de alta vulnerabilidade social apresentaram mediana inferior aos outros contextos. Um menor nível de escolaridade em indivíduos que vivem nessas regiões pode demonstrar uma saúde mais fragilizada⁽⁷⁾.

Na avaliação das características do cuidado, os cuidadores que moravam em áreas de alta vulnerabilidade social recebiam menos ajuda material e emocional, o que corrobora achados

em uma pesquisa desenvolvida no Município de Natal (RN) com 300 idosos, nos quais os idosos apresentaram uma rede de apoio escassa e muitas vezes ofertada apenas por alguns vizinhos⁽²⁰⁾. Outra investigação identificou que idosos que vivem em regiões de alta vulnerabilidade possuem uma rede social grande, mas poucos membros desempenham um papel funcional, ou seja, fornecem ou recebem apoio⁽²¹⁾.

Os resultados evidenciaram que os idosos cuidadores que moravam na área rural possuíam melhor desempenho nas variáveis relacionadas à avaliação da saúde. Em contrapartida, os idosos cuidadores residentes em área de alta vulnerabilidade social tinham melhor desempenho para as AVDs, e pior desempenho em todas as outras variáveis de saúde, exceto a dor e a sobrecarga, as quais não apresentaram diferenças significativas na comparação.

Uma pesquisa com idosos com *diabetes mellitus* residentes nas zonas rural e urbana encontrou que os que moravam na área rural apresentaram maior escore de qualidade de vida nos domínios: físico e relações sociais; e nas facetas autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, e intimidade; além disso, apresentaram melhores condições de saúde quando comparados aos que residiam na área urbana⁽²²⁾. Nossos achados evidenciaram que, comparativamente, os cuidadores da área rural estavam mais satisfeitos com a vida e tiveram melhor avaliação das condições de saúde do que os que moravam em regiões de alta vulnerabilidade social.

Os idosos cuidadores rurais também foram mais independentes para as atividades instrumentais de vida diária se comparados aos urbanos, o que corrobora um estudo realizado com idosos rurais de Uberaba-MG⁽²³⁾.

O uso de serviços de atenção à saúde em diferentes contextos também podem explicar os resultados encontrados. Na pesquisa realizada com uma amostra de 100 cuidadores informais de idosos sob cuidados paliativos, o uso do médico da família, de serviços de emergência, farmácia, e serviços para alívio do cuidador foi maior entre os cuidadores rurais⁽²⁴⁾.

A variável fragilidade apresentou diferença na comparação entre todos os contextos avaliados. Na área rural, a porcentagem de idosos cuidadores frágeis foi a menor (9,9%), seguida pela área urbana (19,6%) e pelos contextos de alta vulnerabilidade (37,0%). Uma revisão sistemática de literatura analisou os fatores associados à fragilidade em 35 estudos, e encontrou associação com a escolaridade e a função cognitiva, entre outros aspectos⁽²⁵⁾. Os idosos cuidadores do presente estudo que viviam em contextos de alta vulnerabilidade foram os que apresentaram pior escolaridade e pior desempenho cognitivo, o que pode estar relacionado à porcentagem de idosos frágeis. Em contrapartida, o estudo de revisão também encontrou que a incapacidade funcional está associada à fragilidade em idosos⁽²⁵⁾, o que vai contra os dados da atual investigação, já que os cuidadores da região mais vulnerável eram mais independentes para as ABVDs e AIVDs. Este é um dado interessante, pois se nota que mesmo apresentando pior desempenho em diversas variáveis de avaliação da saúde, os idosos cuidadores em contextos de alta vulnerabilidade são mais independentes. Tentativas de explicar esse dado se baseia no fato de que os idosos, por terem uma pior funcionalidade familiar e receberem menos

ajuda material e emocional, não podem contar com apoio de outras pessoas para auxiliar nas AVDs, o que faz com que eles, mesmo com desempenho cognitivo ruim e fragilidade, tenham que continuar a desempenhar as atividades sozinhos. Porém, futuras investigações devem buscar compreender melhor a relação entre incapacidade funcional, fragilidade e desempenho cognitivo em idosos cuidadores residentes em regiões de alta vulnerabilidade social.

É importante destacar que em todas as regiões a porcentagem de idosos cuidadores frágeis foi alta, o que suscita reflexões a respeito do desempenho do papel de cuidador por um idoso que também é frágil.

Os resultados encontrados no presente estudo evidenciaram um pior desempenho cognitivo nos idosos em contexto de alta vulnerabilidade social quando comparado às regiões urbana e área rural. Esses dados corroboram uma pesquisa multicêntrica brasileira realizada com 878 idosos, que identificou que o comprometimento cognitivo está associado a situações de pobreza⁽²⁶⁾. O comprometimento cognitivo pode estar associado ao menor acesso a estímulos e menor desenvolvimento do senso de autoeficácia. O convívio social e as atividades de lazer são fatores que podem contribuir para esse comprometimento, visto que auxiliam na manutenção da autonomia e favorecem o bem-estar físico e psicológico⁽²¹⁻²²⁾, e podem estar prejudicados em função da vulnerabilidade social e contextos de pobreza.

No presente estudo, a funcionalidade familiar dos cuidadores das áreas urbana e rural não apresentou diferenças. Para os residentes em área de alta vulnerabilidade, observou-se uma menor porcentagem de idosos com boa funcionalidade familiar. Um estudo recente encontrou que as relações familiares influenciam o bem-estar de idosos que vivem em comunidades rurais da Tailândia⁽²⁷⁾. Outra investigação, que comparou a funcionalidade familiar de cuidadores de idosos, não encontrou diferenças significativas para os que viviam em regiões de alta e muito alta vulnerabilidade social e os que viviam em regiões de baixa e média vulnerabilidade social⁽²⁸⁾. Os dados apresentados diferem dos atuais resultados, porém, na amostra do estudo citado, os cuidadores tinham idade média de 50 anos e apenas 76,4% residia com o idoso. O restante cuidava do idoso, mas possuía outra família, o que pode explicar as diferenças encontradas.

Apenas 34,2% dos idosos cuidadores de regiões de alta vulnerabilidade apresentaram pontuação acima da mediana na EEH, ou seja, tiveram níveis mais altos de esperança. Uma investigação com pacientes em tratamento quimioterápico encontrou que o nível de esperança está associado positivamente à escolaridade⁽²⁹⁾.

As diferenças no perfil sociodemográfico, e de cuidado e de saúde observadas nesta pesquisa trazem informações relevantes para o planejamento futuro de intervenções com cuidadores que são idosos e vivem em diferentes contextos.

O resultado de uma revisão sistemática da literatura, que analisou dez artigos sobre intervenções para cuidadores familiares de idosos frágeis residentes na comunidade, encontrou que a maioria das intervenções concentra-se na redução dos níveis de estresse e sobrecarga de cuidadores, aumento do conhecimento sobre a doença do idoso

dependente e desenvolvimento de habilidades sociais. Todavia, os pesquisadores descrevem que os resultados das intervenções ainda mostram divergências quanto à eficácia sobre a qualidade de vida do cuidador e são inconsistentes na literatura, e ainda chamam a atenção para a necessidade de que intervenções se adéquem aos diferentes contextos em que os cuidadores estão inseridos⁽³⁰⁾.

Quanto ao contexto de alta vulnerabilidade, as carências de recursos individuais, familiares e sociais para atender às necessidades dos idosos e dos cuidadores podem causar prejuízos à sua qualidade de vida e bem-estar. O apoio familiar no cuidado pode ser muito importante para a longevidade do idoso, nesse sentido, as famílias, num contexto de pobreza e que não possuem recursos financeiros suficientes para suprir as necessidades básicas e nem condições para contratar serviços de terceiros para auxiliar no cuidado, podem apresentar maiores dificuldades para amparar o cuidador familiar e o idoso receptor de cuidados⁽⁸⁾.

Cabe ressaltar algumas limitações desta pesquisa. Trata-se de um estudo transversal, realizado com uma amostra específica de idosos cuidadores e, portanto, os dados não podem ser generalizados. Também não é possível estabelecer uma relação de causa e efeito. Pesquisas nessa área com estudos com diferentes delineamentos certamente são necessárias no âmbito da Atenção Primária à Saúde, especialmente considerando-se o número cada vez maior de cuidadores informais com idade avançada.

Apesar das limitações, há informações importantes sobre aspectos positivos do cuidado nesses diferentes contextos.

Chama a atenção, a porcentagem de cuidadores independentes para as AVDs em contextos de alta vulnerabilidade social. No contexto rural, destacam-se a baixa porcentagem de idosos frágeis e o alto nível de esperança.

CONCLUSÃO

Os resultados mostraram que existem diferenças entre idosos cuidadores que vivem em contextos urbanos, rurais e de alta vulnerabilidade social.

Os idosos cuidadores de contexto de alta vulnerabilidade social apresentaram pior escolaridade e piores condições de saúde e de cuidado, com exceção das AVDs. Já os do contexto rural foram os com melhor desempenho nas avaliações, especialmente a de fragilidade e esperança.

Olhar essas diferenças, considerando os aspectos positivos e negativos de cada um desses contextos, bem como possíveis fatores protetores e de risco, certamente poderá contribuir para a implantação de intervenções que cuidem também desses idosos cuidadores. Os serviços pertencentes à Atenção Primária, que são o primeiro nível de assistência à saúde, bem como as equipes multiprofissionais que trabalham nesses locais, têm a função de atuar na promoção da saúde e prevenção de doenças, e o grupo de cuidadores de pessoas dependentes ainda é pouco atingido com essas intervenções. Cuidar do cuidador é uma prática de extrema relevância que pode prevenir problemas futuros e melhorar a qualidade de vida desses cuidadores, principalmente daqueles que também são idosos.

RESUMO

Objetivo: Comparar as diferenças no perfil sociodemográfico, de cuidado e de saúde de idosos cuidadores de idosos que vivem em contextos urbanos, rurais, e de alta vulnerabilidade social. **Método:** Estudo transversal desenvolvido com idosos cuidadores, cadastrados nas Unidades de Saúde da Família de um município do interior paulista. Foram realizadas entrevistas domiciliares e as avaliações: Atividades de Vida Diária (AVDs), dor autorrelatada, fragilidade, cognição, satisfação com a vida, funcionalidade familiar, sobrecarga, estresse e esperança. **Resultados:** Participaram do estudo 343 idosos cuidadores de idosos, dos quais 55,1% viviam em contexto urbano, 23,6% em rural, e 21,3% em contexto de alta vulnerabilidade social. Nos três contextos, a maioria dos idosos cuidadores era mulher, com idade mediana de 67 anos e cuidava do cônjuge. Os cuidadores de regiões de alta vulnerabilidade social tinham pior escolaridade, recebiam menos ajuda emocional e material para cuidar, eram menos satisfeitos com a vida, mais frágeis, com mais declínio cognitivo, pior funcionalidade familiar e menor nível de esperança quando comparados aos cuidadores de contextos urbanos e rurais ($p \leq 0,05$). Porém, os cuidadores das áreas de alta vulnerabilidade eram mais independentes para as AVDs. **Conclusão:** Profissionais atuantes na Atenção Primária devem considerar essas diferenças quando forem planejar intervenções voltadas ao grupo específico de cuidadores.

DESCRITORES

Idoso; Cuidadores; Vulnerabilidade Social; Saúde da População Rural; População Urbana; Enfermagem Geriátrica.

RESUMEN

Objetivo: Comparar las diferencias en el perfil sociodemográfico, de cuidado y de salud de ancianos cuidadores de ancianos que viven en contextos urbanos, rurales, y de alta vulnerabilidad social. **Método:** Estudio transversal desarrollado con ancianos cuidadores, registrados en las Unidades de Salud de la Familia de un municipio del interior paulista. Se realizaron entrevistas domiciliarias y las evaluaciones: Actividades de Vida Diaria (AVDs), dolor autorrelatado, fragilidad, cognición, satisfacción con la vida, funcionalidad familiar, sobrecarga, estrés y esperanza. **Resultados:** Participaron del estudio 343 ancianos cuidadores de ancianos, de los cuales 55,1% vivían en contexto urbano, el 23,6% en rural, y el 21,3% en contexto de alta vulnerabilidad social. En los tres contextos, la mayoría de los ancianos cuidadores era mujer, con edad mediana de 67 años y cuidaba al cónyuge. Los cuidadores de regiones de alta vulnerabilidad social tenían peor escolaridad, recibían menos ayuda emocional y material para cuidar, estaban menos satisfechos con la vida, más frágiles, con más declinación cognitiva, peor funcionalidad familiar y menor nivel de esperanza cuando comparados a los cuidadores de contextos urbanos y rurales ($p \leq 0,05$). Sin embargo, los cuidadores de las áreas de alta vulnerabilidad eran más independientes para las AVDs. **Conclusión:** Los profesionales que actúan en la Atención Primaria deben considerar estas diferencias cuando se planifican intervenciones dirigidas al grupo específico de cuidadores.

DESCRIPTORES

Anciano; Cuidadores; Vulnerabilidad Social; Salud Rural; Población Urbana; Enfermería Geriátrica.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira AMS, Pedreira LC. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. *Rev Bras Enferm.* 2012;65(5):730-6.
2. National Alliance for Caregiving. Caregivers of older adults: focused look at those caring for someone age 50+ [Internet]. Bethesda: NAC; 2015 [cited 2015 July 30]. Available from http://www.caregiving.org/wp-content/uploads/2015/05/2015_CaregivingintheUS_Care-Recipients-Over-50_WEB.pdf
3. Pinquart M, Sorensen S. Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: a meta-analytic comparison. *Psychol Aging.* 2011;26(1):1-14.
4. Tomomitsu MRSV, Perracini MR, Neri AN. Fatores associados à satisfação com a vida em idosos cuidadores de não cuidadores. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014; 19(8):3429-40.
5. Luchesi BM, Souza EN, Gratão ACM, Gomes GAO, Inouye K, Alexandre T, et al. The evaluation of perceived stress and associated factors in elderly caregivers. *Arch Gerontol Geriatr.* 2016;67:7-13.
6. Vieira CPB, Fialho AVM, Freitas CHA, Jorge MSB. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. *Rev Bras Enferm.* 2011;64(3):570-9.
7. Morley JE, Vellas B, Van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14(6):392-7.
8. 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.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de Indicadores 2013 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 [citado 2015 nov. 20]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2013/default_sintese.shtm
10. Keating N, Fletcher S. Older rural and their families. In: Blieszner R, Bedford VH. *Handbook of families and aging.* Santa Barbara, California: Praeger; 2012. p. 309-35.
11. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA.* 1963;185(12):94-9.
12. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969;9(3):179-86.
13. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirshc C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56(3):M146-56.
14. Carvalho VA, Caramelli P. Brazilian adaptation of the Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised (ACE-R). *Dement Neuropsychol.* 2007;1(2):212-6.
15. César KG. Estudo da prevalência de comprometimento cognitivo leve e demência na cidade de Tremembé, estado de São Paulo [tese doutorado]. São Paulo, Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2014.
16. Silva MJ, Victor JF, Mota FRN, Soares ES, Leite BMB, Oliveira ET. Análise da propriedade psicométricas do APGAR de família com idosos do nordeste brasileiro. *Esc Anna Nery.* 2014;18(3):527-32.
17. Scazufca M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(1):127.
18. Luft CB, Sanches SO, Mazo GZ, Andrade A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(4):606-15.
19. Sartore AC, Grossi SAA. Escala de Esperança de Herth: instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP.* 2008;42(2):227-32.
20. Amaral FLJS, Guerra RO, Nascimento AFF, Maciel ACC. Apoio social e síndrome da fragilidade em idosos residentes na comunidade. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013;18(6):1835-46.
21. Brito TRP, Costa RS, Pavarini SCI. The elderly with cognitive alterations in the context of poverty: a study of the social support network. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2015 Nov 20];46(4):906-13. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/en_18.pdf
22. Santos EA, Tavares DMS, Rodrigues LR, Dias FA, Ferreira PCS. Morbidity and quality of life of elderly individuals with diabetes mellitus living in urban and rural areas. *Rev Esc Enferm USP.* 2013;47(2):393-400.
23. Tavares DMS, Gavea Junior AS, Dias FA, Santos NMF, Oliveira PB. Qualidade de vida e capacidade funcional de idosos residentes na zona rural. *Rev Rene.* 2011;12(1):895-903.
24. Brazil K, Kaasalainen S, Williams A, Rodriguez C. Comparing the experiences of rural and urban family caregivers of the terminally ill. *Rural Remote Health.* 2013;13(1):2250.
25. Mello AC, Engstrom EM, Alves LC. Health-related and socio-demographic factors associated with frailty in the elderly: a systematic literature review. *Cad Saúde Pública.* 2014;30(6):1143-68.
26. Santos AA, Mansano-Schollosser TCS, Ceolim, MF, Pavarini SCI. Sono, fragilidade e cognição: estudo multicêntrico com idosos brasileiros. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(3):351-7.
27. Rojpaisarnkit K. Factors influencing well-being in the elderly living in the rural areas of Eastern Thailand. *Int J Behav Sci.* 2016;12(2):31-50.
28. Santos AA, Pavarini SCI. Family functionality regarding the elderly with cognitive impairments: the caretaker's perception. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2015 Nov 20];46(5):1141-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/en_15.pdf
29. Schuster JT, Feldens VP, Iser BPM, Ghislandi GM. Esperança e depressão em pacientes oncológicos em um hospital do Sul do Brasil. *Rev AMRIGS.* 2015;59(2):84-9.
30. Lopez-Hartmann M, Wens J, Verhoeven V, Remmen R. The effect of caregiver support interventions for informal caregivers of community-dwelling frail elderly: a systematic review. *Int J Integr Care.* 2012;12:e133.



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.