



A dupla vulnerabilidade de idosos cuidadores: Multimorbidade e sobrecarga percebida e suas associações com fragilidade

The double vulnerability of elderly caregivers: Multimorbidity and perceived burden and their associations with frailty

312

Erika Valeska da Costa Alves¹
Letícia Decimo Flesch²
Meire Cachioni^{1,2}
Anita Liberalesso Neri¹
Samila Sathler Tavares Batistoni^{1,2}

Resumo

Objetivo: Identificar se a multimorbidade e a sobrecarga associam-se a maiores chances de fragilidade em idosos que cuidam de outros idosos no contexto da família. **Método:** Investigou-se em 148 idosos cuidadores de idosos [M=69,7 (\pm 7,0) anos] dados sociodemográficos, do contexto do cuidado, de saúde física, de sobrecarga do cuidado por meio da Escala de Sobrecarga de Zarit, e de fragilidade pela avaliação subjetiva de fragilidade. Foram compostos quatro grupos de vulnerabilidade, a partir da multimorbidade presente ou ausente e da sobrecarga alta ou baixa, para verificar qual deles apresenta maior associação com a fragilidade. Os dados foram analisados utilizando-se análises descritivas, medidas de associação e regressão logística hierárquica multivariada. **Resultados:** A prevalência de multimorbidade foi 55,4%. A Escala de Sobrecarga de Zarit apresentou mediana de 23, de um total de 88 pontos. Foram identificados como frágeis 35,1%, pré-frágeis 46,0% e robustos 18,9%. Aqueles com multimorbidade e alta sobrecarga apresentaram maior probabilidade de fragilidade (OR=3,6; IC 1,55-8,36) seguidos por aqueles com multimorbidade e baixa sobrecarga (OR=2,8; IC 1,13-6,79). **Conclusão:** A sensação de sobrecarga do cuidado mostrou-se amenizada; aqueles com dupla vulnerabilidade foram mais prevalentes dentre os quatro grupos compostos, bem como apresentaram maior associação com a ocorrência de fragilidade; multimorbidade associou-se à fragilidade, no entanto, se combinada à sensação de sobrecarga as chances do idoso cuidador ser frágil são aumentadas.

Palavras-chave:

Cuidadores. Idoso
Fragilizado. Saúde do Idoso.

Abstract

Objective: To identify if multimorbidity and burden are associated with a greater likelihood of frailty in elderly caregivers of other elderly persons within the family context. **Method:** 148 elderly caregivers caring for other elderly persons [M=69.7 (\pm 7.0) years old] were

¹ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Programa de Pós-graduação em Gerontologia. Campinas, São Paulo, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Curso de Gerontologia. São Paulo, São Paulo, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Processo 1657822 (bolsa de mestrado).

recruited using a criterion of convenience in public and private health services in the city of Campinas and surrounding areas. Information was gathered about socio-demographic context, context of care, physical health, care burden using the Zarit Burden Scale, and frailty, measured by subjective evaluation. Four groups of vulnerability were created based on the presence or absence of multimorbidities and high or low burden, in order to verify which group was most strongly associated with frailty. Data were analyzed using descriptive analysis, measurements of association and multivariate hierarchical logistic regression. *Results:* The prevalence of multimorbidity was 55.4%. The Zarit Burden Scale presented a median of 23 out of a total of 88 points. Of the sample, 35.1% were frail, 46.0% intermediate, and 18.9% robust. Elderly caregivers with multimorbidity and high burden had a greater probability of frailty (OR=3.6; CI 1.55-8.36), followed by those with multimorbidity and low burden (OR=2.8; CI 1.13-6.79). *Conclusion:* The sensation of burden among caregivers was reduced; those with double vulnerability were most prevalent among the four groups and had the greatest association with the occurrence of frailty; multimorbidity was associated with frailty. If combined with perceived burden, however, the *odds ratios* of the elderly caregivers being frail increased.

Keywords: Caregivers. Frail Elderly. Health of the Elderly.

INTRODUÇÃO

Em qualquer idade, assumir o papel de cuidador de idoso dependente é considerado um evento estressante. O cuidado envolve características de uma experiência de estresse crônico, pois gera tensão física e psicológica durante longos períodos de tempo; é acompanhado de elevados níveis de imprevisibilidade e falta de controle da situação; tem a capacidade de criar estresse secundário em vários domínios da vida, como trabalho e relações familiares e; frequentemente, exige elevados níveis de vigilância¹. Tornar-se cuidador na velhice, ou mesmo envelhecer prestando cuidados, pode significar confrontar-se com mais desafios frente aos estressores, uma vez que no enfrentamento do cotidiano do cuidado é necessário acionar recursos de diversas naturezas, os quais podem estar escassos ou insuficientes na velhice, dificultando a elaboração de respostas adaptativas apropriadas.

Cuidadores mais velhos, em geral, cuidam de alguém da sua própria faixa etária, o que os predispõem a lidar ao mesmo tempo com a crescente dependência do alvo de cuidados e, muitas vezes, tendo que investir muitos esforços físicos em tarefas extenuantes para um corpo também em processo de envelhecimento, ampliando o risco de adoecer². Em cuidadores cônjuges que envelhecem nessa função, o risco de adoecimento pode ocorrer também por conta de um processo de curso de vida compartilhado, refletindo-se em hábitos de saúde e de outras circunstâncias de vida semelhantes que

possam oferecer risco, como desvantagens sociais, financeiras ou de acesso a oportunidades e serviços³.

A literatura diverge quanto aos ônus e bônus da tarefa do cuidar e sua repercussão na saúde. Dois estudos demonstram bem esse contraste. O primeiro trata do Estudo longitudinal com dados do *Caregiver-Study of Osteoporotic Fractures* que observou menor taxa de mortalidade dentre as idosas cuidadoras, quando comparadas às idosas não cuidadoras. Esse achado apoia a hipótese do “Cuidador Saudável”, ou seja, de que ser cuidador na velhice reflete melhores condições físicas e funcionais as quais selecionam previamente aqueles aptos a assumirem o papel de cuidador^{4,5}.

Em contraponto, o segundo estudo demonstrou, por evidências bioquímicas, que o estado de exaustão causado pelo cuidado pode resultar em acentuada atividade de coagulação. Para alcançar essa conclusão, pesquisadores suíços investigaram cônjuges, com 55 anos ou mais, cuidadores de pacientes com demência e não cuidadores e observaram que as análises sanguíneas dos cuidadores apresentaram níveis mais altos da molécula pró-coagulante D-Dímero. Esses níveis elevados estavam relacionados ao papel de cuidador, e não à idade, como ocorre com a IL-6, o que torna os cuidadores mais susceptíveis ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares em comparação aos não cuidadores⁶.

Outro risco é o aumento das chances de tornar-se frágil. Pesquisadoras francesas⁷ defendem que idosos que prestam cuidados a outros idosos

frequentemente estão em risco de sucumbir à fragilidade. Isso seria devido à capacidade do estresse crônico levar à exaustão física e emocional para as quais as reservas fisiológicas de uma pessoa em envelhecimento seriam insuficientes.

Fragilidade é um termo utilizado na literatura gerontológica para referir-se a uma síndrome que envolve redução da energia, desregulação neuroendócrina e declínio da função imune provocando a redução das reservas fisiológica e da capacidade do indivíduo adaptar-se adequadamente frente a condições estressoras⁸. Segundo a definição e proposição de Fried et al.⁹, tal síndrome é identificada na população idosa por meio da manifestação de um fenótipo específico composto por perda de peso não intencional, redução na velocidade da marcha, diminuição na força de preensão manual, fadiga e diminuição nos níveis de atividade física. Embora sejam fenômenos distintos, fragilidade e comorbidade são frequentemente associadas e conducentes a desfechos negativos tais como incapacidades e mortalidade. A identificação da fragilidade acontece em geral por meio de medidas objetivas de desempenho físico acrescidas de uma medida de autorrelato de fadiga, no entanto, a autoavaliação dos idosos quanto ao próprio desempenho também vem mostrando-se válida para rastrear idosos em processo de fragilização em populações maiores⁸.

Idosos que cuidam de outros idosos têm sido estudados em meio à cuidadores em geral¹⁰, não havendo nem mesmo descritores específicos nas bases de dados de pesquisa. Isso dificulta uma maior compreensão das necessidades e das repercussões de exercer a atividade de cuidador em paralelo aos declínios do próprio envelhecimento que ocorrem. Diante disso, o presente estudo buscou identificar se a multimorbidade e a sobrecarga associam-se a maiores chances de fragilidade em idosos que cuidam de outros idosos no contexto da família.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de corte transversal, descritivo e analítico desenvolvido a partir de dados provenientes de um estudo maior intitulado “Bem-estar psicológico de idosos que cuidam de outros idosos no contexto da família” o qual é desenvolvido por pesquisadores vinculados ao Programa de

Pós-graduação em Gerontologia da Universidade Estadual de Campinas, SP, Brasil.

A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2014 a julho de 2015, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (nº. protocolo 35868514.8.0000.5404). Os sujeitos foram recrutados segundo critérios de conveniência em serviços de saúde da rede pública e privada das cidades de Campinas, Indaiatuba, Jundiaí e Vinhedo, localizadas no interior do estado de São Paulo, Brasil. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as entrevistas foram realizadas nos serviços de saúde ou no domicílio do cuidador, por pesquisadores treinados, em sessão única com duração média de 60 minutos. Ao final, os participantes e familiares receberam um manual informativo para otimização da comunicação com pessoas idosas.

Os critérios de inclusão foram ter 60 anos e mais, estar cuidando de um familiar idoso doente e com algum grau de dependência há seis meses ou mais, e concordar em participar da pesquisa. Foram excluídos os cuidadores que pontuaram abaixo da nota de corte estabelecida pelo instrumento de rastreio cognitivo CASI-S¹¹, versão abreviada do *Cognitive Abilities Screening Instrument - Short Form*, validado para o Brasil.

Para o presente estudo, foram extraídos do protocolo de pesquisa original, dados sociodemográficos, dados referentes ao contexto do cuidado, variáveis de saúde, sobrecarga e fragilidade. A cognição do idoso alvo de cuidados foi avaliada, a partir do relato do cuidador, por meio do instrumento *Clinical Dementia Rating* (CDR)¹² o qual investiga memória, orientação, julgamento ou solução de problemas, relações comunitárias, lazer e passatempos e cuidados pessoais. Os escores atribuíveis, tanto para os itens individuais como para o escore global da escala, são: 0 (ausente), 0,5 (questionável), 1 (leve), 2 (moderada) e 3 (grave). Para a avaliação da intensidade do cuidado prestado, utilizou-se uma adaptação às escalas para levantamento do desempenho do idoso alvo de cuidados nas seis Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) de Katz et al.¹³ e nas sete Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) da Escala de Lawton e Brody¹⁴. A intensidade do cuidado foi identificada a partir do número de atividades que compõem as escalas

em que ele se declarou como a principal fonte de ajuda ou realização, cujas possibilidades variaram de 0 a 13 atividades, para as quais foram criadas categorias de intensidade baixa, média ou alta, segundo distribuição da amostra em tercís.

A partir das doenças autorrelatadas foi possível identificar se o cuidador tinha presença ou ausência de multimorbidade (considerada nesse estudo como a presença de duas ou mais doenças crônicas).

A sobrecarga do cuidador foi avaliada pela Escala de Sobrecarga de Zarit¹⁵ a qual é composta por 22 itens com repostas que variam de 0 (nunca) a 4 (sempre) pontos. O instrumento gera um escore total que varia de 0 a 88 e que reflete o nível de sobrecarga do cuidador nos aspectos do desconforto com a saúde, da vida pessoal e social, da situação financeira, do bem-estar emocional e das relações interpessoais. A pontuação total do entrevistado foi classificada em baixa ou alta sobrecarga a partir da mediana da pontuação da amostra total do estudo.

A partir da presença ou ausência de multimorbidade e da baixa ou alta sobrecarga, foram compostos quatro grupos de vulnerabilidade, no intuito de verificar qual deles estava mais fortemente associado à fragilidade. Os grupos de vulnerabilidade gerados foram: Grupo 1 (sem multimorbidade e baixa sobrecarga), Grupo 2 (sem multimorbidade e alta sobrecarga), Grupo 3 (com multimorbidade e baixa sobrecarga), Grupo 4 (com multimorbidade e alta sobrecarga).

Para mensuração da fragilidade foram utilizados os critérios subjetivos da síndrome de fragilidade validados por Nunes et al.⁸, composto por cinco perguntas dicotômicas relacionadas diretamente aos componentes do fenótipo de fragilidade mensurados por Fried et al.⁹ Cuidadores foram categorizados como frágeis quando apresentavam três ou mais componentes, pré-frágeis quando apresentavam um ou dois e robustos quando não apresentavam nenhum dos componentes.

Para as análises estatísticas utilizou-se o programa computacional SAS (*Statistical Analysis System*), versão 9.2. Os testes qui-quadrado e Exato de Fisher foram utilizados para comparação das variáveis categóricas. O teste de Kruskal-Wallis foi utilizado para comparação das variáveis com

três ou mais categorias, com posterior teste *post-hoc* de comparações múltiplas de Dunn para localizar onde residia a diferença, caso houvesse. Para estudar os fatores associados à presença de fragilidade foi utilizada a análise de regressão logística hierárquica univariada e multivariada, com critério *Stepwise* de seleção de variáveis. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $p < 0,05$.

RESULTADOS

A Tabela 1 descreve as características sociodemográficas e as relativas ao contexto do cuidado. Houve predominância de cuidadores do sexo feminino (77,0%). A idade variou de 60 a 86 anos, com média de 69,73 ($\pm 7,0$) anos.

Quanto ao contexto do cuidado, a idade do idoso alvo de cuidados variou de 60 a 104 anos. A maior parte dos cuidadores cuidava do cônjuge (62,0%). Dos idosos alvos de cuidados, 55,4% encontravam-se com comprometimento cognitivo (leve, moderado ou grave) e 77,0% estavam com seis ou sete AIVD comprometidas. Aproximadamente um terço dos cuidadores (33,1%) era a principal fonte de ajuda para todas as 13 atividades investigadas.

A Tabela 2 apresenta a distribuição da presença de multimorbidade, da sobrecarga percebida, dos grupos de vulnerabilidade e da fragilidade dos cuidadores. A quantidade média de doença por cuidador foi 1,86 ($\pm 1,4$). As doenças mais prevalentes foram hipertensão arterial sistêmica (58,8%), artrite (34,4%), diabetes (23,6%), osteoporose (20,9%), doença do coração (15,5%) e depressão (14,2%). A multimorbidade esteve presente em 55,4% dos indivíduos e a fragilidade em 35,1%, sendo mais prevalente o grupo classificado como pré-fragil (45,9%). A Escala de Sobrecarga de Zarit teve média de 26,1 ($\pm 13,5$) pontos e mediana de 23 pontos, pontuação esta utilizada para dividir a amostra entre aqueles com nível baixo (<23 pontos) e nível alto de sobrecarga (≥ 23 pontos).

Desse modo, 48,6% cuidadores possuíam baixa sobrecarga e 51,3% alta sobrecarga. O grupo com presença concomitante de multimorbidade e alto nível de sobrecarga percebida, ou seja, com dupla vulnerabilidade, foi o mais frequente na amostra (32,4%).

Tabela 1. Frequências, médias e desvios-padrão da amostra referente às variáveis sociodemográficas e do contexto do cuidado (N=148). Campinas, SP, 2015.

Variável	n (%)	Média (\pm dp [*])	Mínimo-Máximo
Sexo			
Masculino	34 (23,0)	-	-
Feminino	114 (77,0)	-	-
Idade (anos)			
60-70	85 (57,5)	69,7 (7,0)	60-86
≥ 71	63 (42,5)	-	-
Estado conjugal			
Casado	118 (80,3)	-	-
Solteiro	14 (9,5)	-	-
Viúvo	9 (6,1)	-	-
Divorciado	6 (4,1)	-	-
Escolaridade (anos)			
0-4	87 (60,0)	5,61 (4,2)	0-19
≥ 5	58 (40,0)	-	-
Renda (salários mínimos)**			
0-3	71 (51,4)	4,01 (3,6)	1,0-27,6
3,1-5	41 (29,7)	-	-
$\geq 5,1$	26 (18,8)	-	-
Idade do alvo de cuidados			
60-69	20 (13,5)	81,2 (9,8)	60-104
70-79	43 (29,0)	-	-
≥ 80	85 (57,4)	-	-
Parentesco com o cuidador			
Cônjuge	92 (62,2)	-	-
Progenitor	41 (27,7)	-	-
Sogro	5 (3,4)	-	-
Irmão	3 (2,0)	-	-
Tio	3 (2,0)	-	-
Filho	4 (2,7)	-	-
Duração do cuidado (anos)			
<2	41 (28,5)	4,56 (4,0)	0,5-20
2,0-4,9	52 (36,1)	-	-
≥ 5	51 (35,4)	-	-
Classificação do CDR***			
Ausente/questionável	66 (44,6)	-	-
Leve/moderada	36 (24,3)	-	-
Grave	46 (31,1)	-	-
Dependência nas AIVD†			
0-2	10 (6,8)	-	-
3-5	24 (16,2)	-	-
6-7	114 (77,0)	-	-

continua

Continuação da Tabela 1

Variável	n (%)	Média (\pm dp*)	Mínimo-Máximo
Dependência nas ABVD ^{††}			-
0-1	63 (42,6)	-	-
2-4	23 (15,5)	-	-
5-6	62 (41,9)	-	-
Intensidade do cuidado		9,0 (3,8)	0-13
0-6 atividades	38 (25,7)	-	-
7-12 atividades	61 (41,2)	-	-
13 atividades	49 (33,1)	-	-

*dp=desvio-padrão; **salário mínimo brasileiro no valor de R\$ 788,00 no período da coleta de dados; ***CDR= *Clinical Dementia Rating*; †AIVD= Atividades Instrumentais de Vida Diária; ††ABVD= Atividades Básicas de Vida Diária.

Tabela 2. Distribuição das variáveis de multimorbidade, de fragilidade, de sobrecarga e dos grupos de vulnerabilidade na amostra de idosos cuidadores. Campinas, SP, 2015.

Variável	n (%)	Média (\pm dp*)
Multimorbidade		
Sim	82 (55,4)	-
Não	66 (44,6)	-
Componentes da fragilidade		-
Perda de peso	41 (27,7)	-
Perda de força manual	79 (53,4)	-
Baixo nível de atividade física	63 (42,5)	-
Redução da velocidade de marcha	80 (54,0)	-
Fadiga/exaustão	32 (21,8)	-
Níveis de fragilidade		
Robusto	28 (19,0)	-
Pré-frágil	68 (46,0)	-
Frágil	52 (35,0)	-
Sobrecarga percebida		26,1 (13,5)
Baixa (<23pontos)	72 (48,6)	-
Alta (\geq 23pontos)	76 (51,3)	-
Grupos de vulnerabilidade		
1 (sem multimorbidade e baixa sobrecarga)	38 (25,7)	-
2 (sem multimorbidade e alta sobrecarga)	28 (18,9)	-
3 (com multimorbidade e baixa sobrecarga)	34 (22,9)	-
4 (com multimorbidade e alta sobrecarga)	48 (32,4)	-

* dp=desvio-padrão.

O perfil dos indivíduos que compuseram cada um dos grupos de vulnerabilidade é apresentado na Tabela 3, apenas com aquelas variáveis que mostraram significância estatística. Verificou-se que os sujeitos

do sexo masculino, com alta escolaridade, sem perda de força manual, sem redução da velocidade de marcha, sem fadiga, e os robustos se concentraram nos grupos com ausência de multimorbidade.

Tabela 3. Distribuição do número e proporção de idosos segundo as variáveis significativas sociodemográficas, do contexto de cuidado e da fragilidade entre os quatro grupos de vulnerabilidade. Campinas, SP, 2015.

Variável	Grupo 1 n (%)	Grupo 2 n (%)	Grupo 3 n (%)	Grupo 4 n (%)	p-valor*
Sexo					
Masculino	12 (31,6)	11 (39,3)	6 (17,7)	5 (10,4)	0,014
Feminino	26 (68,4)	17 (60,7)	28 (82,3)	42 (89,6)	
Escolaridade (anos)					
0-4	18 (47,4)	12 (44,5)	25 (78,1)	32 (66,7)	0,015
≥5	20 (52,6)	15 (55,5)	7 (21,9)	16 (33,3)	
Perda de força manual					
Sim	13 (34,2)	12 (42,9)	21 (61,8)	33 (68,7)	0,006
Não	25 (65,8)	16 (57,1)	13 (38,2)	15 (31,3)	
Redução da velocidade de marcha					
Sim	13 (34,2)	14 (50,0)	20 (58,8)	33 (68,7)	0,014
Não	25 (65,8)	14 (50,0)	14 (41,2)	15 (31,3)	
Fadiga/exaustão					
Sim	3 (8,1)	3 (10,7)	10 (29,4)	16 (33,3)	0,012
Não	34 (91,9)	25 (89,3)	24 (70,6)	32 (66,7)	
Níveis de fragilidade					
Robusto	12 (31,6)	8 (28,6)	5 (14,7)	3 (6,3)	0,040
Pré-frágil	18 (47,4)	11 (39,3)	16 (47,1)	23 (47,9)	
Frágil	8 (21,0)	9 (32,1)	13 (38,2)	22 (45,8)	

*Probabilidade de significância pelo teste qui-quadrado.

Foi também verificado se havia associação entre as variáveis do estudo e os perfis de fragilidade. Observou-se que os sujeitos que apresentaram maior prevalência nos níveis pré-frágil e frágil (em processo de fragilização) foram aqueles com menor escolaridade, que se declararam cônjuges, com multimorbidade e que estavam nos grupos de vulnerabilidade 3 e 4.

A Tabela 4 apresenta resultados da análise de regressão logística hierárquica univariada e multivariada para identificação das razões de

chance para fragilidade. As variáveis que compõem os blocos 1, 2 e 3 representam respectivamente as características sociodemográficas, o contexto do cuidado e os grupos de vulnerabilidade. Observou-se, tanto na análise univariada quanto na multivariada, que apenas os grupos de vulnerabilidade 3 e 4 apresentaram chances de fragilidade com significância estatística. Os idosos cuidadores com maiores chances de fragilidade foram: os com multimorbidade e baixa sobrecarga (risco 2,8 vezes maior), e os com multimorbidade e alta sobrecarga (risco 3,6 vezes maior).

Tabela 4. Resultados da análise de regressão logística univariada e multivariada para fragilidade (N=148). Campinas, SP, 2015.

Variável	Regressão logística univariada		Regressão logística multivariada hierárquica		
	OR* (IC95%)**	p-valor	OR* (IC95%)**	p-valor	
Bloco 1	Sexo				
	Masculino (ref.)***	1,00 (-)	-	-	
	Feminino	1,20 (0,59-2,47)	0,612	-	
	Idade				
	60-70 anos (ref.)	1,00 (-)	-	-	
≥71 anos	0,90 (0,49-1,65)	0,726	-	-	
Bloco 2	Duração do cuidado (anos)				
	<2 (ref.)	1,00 (-)	-	-	
	2-4,9	1,11 (0,51-2,40)	0,790	-	
	≥5	0,89 (0,41-1,92)	0,756	-	
	Dependência em AIVD [†] e ABVD ^{††}				
	0-6 (ref.)	1,00 (-)	-	-	
	7-12	1,10 (0,52-2,36)	0,798	-	
	13	1,74 (0,78- 3,87)	0,176	-	
	Classificação do CDR ^{†††}				
	0-0,5 (ref.)	1,00 (-)	-	-	
1-2	1,39 (0,65-2,99)	0,398	-		
3	1,87 (0,91-3,81)	0,088	-		
Bloco 3	Grupos de vulnerabilidade				
	1 (ref.)	1,00 (-)	-	1,00 (-)	-
	2	1,47 (0,59-3,71)	0,410	1,48 (0,59-3,73)	0,406
	3	2,50 (1,03-6,06)	0,043	2,76 (1,13-6,79)	0,027
	4	3,74 (1,63-8,59)	0,002	3,60 (1,55-8,36)	0,003

*OR=Odds Ratio - Razão de chance para fragilidade (n=28 robustos, n=68 pré-frágeis e n=52 frágeis); **IC95%= Intervalo de confiança de 95%; ***ref= valor de referência; [†]AIVD= Atividades Instrumentais de Vida Diária; ^{††}ABVD= Atividades Básicas de Vida Diária; ^{†††}CDR= *Clinical Dementia Rating*.

DISCUSSÃO

Essa pesquisa avança em revelar dados referentes a idosos que cuidam de outros idosos no contexto familiar. Embora seja encontrada vasta literatura acerca da sobrecarga percebida de cuidadores, poucos são os estudos que investigaram as singularidades desse papel quando o cuidador de idoso é também idoso. Esse estudo acreditou que a condição de dupla vulnerabilidade pudesse estar associada a maiores chances da ocorrência da síndrome de fragilidade, hipótese essa confirmada pelos nossos resultados.

Em conformidade com estudos¹⁶⁻¹⁹ sobre cuidadores de idosos, a amostra foi composta

predominantemente por pessoas do sexo feminino, as quais cuidavam em maior frequência do cônjuge ou de um dos pais longevo. A feminização do cuidado ainda é uma realidade, apesar do crescente quantitativo de cuidadores do sexo masculino. Enquanto as mulheres idosas experimentam maiores desafios ao adaptarem sua pior condição de saúde às tarefas do cuidado, os homens idosos se deparam com os desafios da nova experiência do cuidar, pouco desenvolvida por sua coorte ao longo da vida. Acredita-se que o cuidado por cônjuges será cada vez mais importante dadas as tendências que incluem aumento da expectativa de vida, redução das relações de apoio na velhice, redução da coresidência entre pais e filhos, aumento da participação da mulher na força de trabalho

fora do domicílio, redução do número de filhos, e melhoria da saúde no sexo masculino²⁰⁻²².

No que se refere à sobrecarga percebida, chama atenção os baixos valores de média e mediana encontrados na amostra, quando comparado a estudos realizados com cuidadores mais jovens^{23,24}. A sobrecarga baixa a moderada em idosos cuidadores não é incomum na literatura. Esse achado corrobora um estudo populacional irlandês²⁵ que, ao aplicar o mesmo instrumento desse estudo, encontrou os menores escores em grupo de cuidadores com 65 anos ou mais (31,3 pontos), em comparação aos grupos mais jovens entre 46 e 64 anos (34,3 pontos) e com menos de 46 anos (33,2 pontos). Há três grandes justificativas para a baixa sobrecarga percebida encontrada. A primeira é o simples fato de serem idosos. É possível que entre idosos as avaliações de eventos estressantes sejam menos intensas, graças à presença de estratégias adaptativas de enfrentamento, embora sejam mais afetados pelo ônus físico do cuidado^{26,27}. A segunda causa é a menor prevalência de competições entre as demandas do trabalho e as demandas do cuidado, encontrada com frequência em cuidadores jovens e de meia-idade. A terceira é que a sobrecarga pode ter sido amenizada devido à predominância de mulheres cuidadoras do cônjuge nessa amostra, para as quais a tarefa do cuidar é considerada socialmente normativa²⁸. Um papel muitas vezes confundido com as tarefas do casamento nessa coorte de idosos, como, por exemplo, preparar e servir as refeições ao marido cotidianamente²⁹.

As doenças autorrelatadas demonstram que se trata de um perfil de morbidade que não difere do apresentado pelos idosos no país³⁰. Isso afasta a hipótese do “Cuidador Saudável” como regra geral para idosos cuidadores, embora possa ser aplicável para aquele ¼ dessa amostra com ausência de multimorbidade e nível baixo de sobrecarga.

A distribuição proporcional dos perfis de fragilidade na amostra obedece, por ordem de apresentação, a encontrada na maior parte de estudos sobre a temática, tanto entre idosos residentes na comunidade e em amostras formadas por conveniência, quanto em estudos que utilizaram medidas objetivas ou subjetivas⁹. O perfil de pré-frágeis tende a ser o mais frequente. Entretanto, chama atenção o grande percentual de cuidadores

considerados frágeis frente aos quais se podem derivar duas hipóteses explicativas. Uma deve-se ao fato de que são idosos em uma condição especial de cuidador. Outra hipótese refere-se ao instrumento utilizado para estimar fragilidade, o qual, por ser de natureza subjetiva, abre maiores possibilidades para queixas relativas ao exercício do papel utilizando-se de referentes físicos e de desconforto como percepção de lentidão, fadiga, perda de peso, força e menor envolvimento em atividades físicas. Há registro na literatura de que os idosos tendem a queixar-se de desconfortos psicológicos por meio de referentes físicos e funcionais³¹. Os componentes que fazem referência a um pior desempenho físico foram os mais relatados. Isso pode ser resultante do ônus físico do cuidado em um corpo envelhecido, considerando a alta intensidade do cuidado aqui encontrada, ou da fácil percepção desses déficits na tarefa do cuidado, uma vez que se trata de um instrumento autorreferido⁸.

Foi interessante observar que os idosos encontraram-se bem distribuídos entre os quatro grupos de vulnerabilidade, o que indica uma heterogeneidade dessa condição. Contudo, destaca-se a maior frequência encontrada no grupo 4 que apresentava multimorbidade e alta sobrecarga, o que apoia a dupla vulnerabilidade como um fator recorrente entre idosos cuidadores.

As análises de regressão revelaram que as chances de apresentação da fragilidade nos grupos 3 e 4 foram significativas, uma vez que são os dois grupos compostos pela presença de multimorbidade. Entretanto, observou-se que há um aumento da chance de apresentação da fragilidade no grupo acrescido de sobrecarga percebida (grupo 4). Diante disso, entende-se que a multimorbidade exerce papel primário na associação à fragilidade em idosos cuidadores, no entanto, quando somada à condição de sobrecarga, as chances de apresentação da síndrome se elevam.

Em virtude desses achados, infere-se que a dupla vulnerabilidade dos idosos cuidadores aumenta a chance de desfechos negativos consagrados na literatura da síndrome da fragilidade, como quedas, hospitalização, institucionalização e morte^{9,32}, o que só seria confirmado em um acompanhamento longitudinal.

Avalia-se que o fato de as demais variáveis do estudo não permanecerem no modelo de regressão deva-se ao poder explicativo da variável multimorbidade, que é associada a condições desvantajosas do cuidar como ser do gênero feminino, à idade avançada e à duração do cuidado, variáveis essas intrínsecas à multimorbidade.

Dentre as limitações do estudo destacam-se: a constituição de uma amostra por conveniência, o que limita a generalização dos achados, e a não avaliação funcional do idoso cuidador. Contudo, essa pesquisa avança ao alertar para a necessidade de um olhar sobre um grupo específico de cuidadores que tende a aumentar nas próximas décadas. Ao mesmo tempo, é lançado o desafio para o sistema de saúde e seus profissionais de identificar esses cuidadores como sujeitos passíveis de intervenção na sua prática cotidiana. Deste modo, levanta-se a necessidade de mais programas de assistência ao cuidador capazes de contemplar, além de orientações sobre o cuidado, a manutenção e promoção da condição de saúde física e mental do cuidador.

CONCLUSÃO

Os resultados alertam para a necessidade de um olhar sobre cuidadores idosos, um grupo específico de cuidadores que tende a aumentar nas próximas décadas. Diante do comportamento dessa amostra, pode-se concluir que: (1) a sensação de sobrecarga do cuidado mostrou-se amenizada nos cuidadores idosos; (2) para um grupo significativo, há sobreposição entre variáveis de vulnerabilidade associadas ao envelhecimento e ao cuidar; (3) multimorbidade associou-se à fragilidade, no entanto, se combinada à sensação de sobrecarga as chances do idoso cuidador ser frágil são aumentadas.

Deste modo, identifica-se a necessidade de que futuras pesquisas acompanhem a transição entre os níveis de fragilidade ao longo do tempo de cuidado e explorem mais a fundo o comportamento e as necessidades desses grupos. Além disso, reconhece-se a imperativa necessidade de capacitação e de preparação da rede de atenção social e de saúde, para que possam identificar e apoiar esses cuidadores em suas demandas físicas e psicológicas.

REFERÊNCIAS

1. Vitaliano PP, Zhang J, Scanlan JM. Is Caregiving hazardous to one's physical health? A Meta-analysis. *Psychol Bull.* 2003;129(6):946-72.
2. O'Connell B, Bailey S, Walker A. Promoting the health and well being of older carers: a proactive strategy. *Aust Health Rev.* 2003;26(2):78-86.
3. Schulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. *Am J Nurs.* 2008;108(Suppl):23-7.
4. Fredman L, Lyons JG, Cauley JA, Hochberg M, Applebaum KM. The Relationship between caregiving and mortality after accounting for time-varying caregiver status and addressing the healthy caregiver hypothesis. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci.* 2015;70(9):1163-8.
5. Fredman L, Doros G, Ensrud KE, Hochberg MC, Cauley JA. Caregiving intensity and change in physical functioning over a 2-year period: results of the Caregiver-Study of Osteoporotic Fractures. *Am J Epidemiol.* 2009;170(2):203-10.
6. Von Kanel R, Dimsdale JE, Mills PJ, Ancoli-Israel S, Patterson TL, Mausbach BT, et al. Effect of alzheimer caregiving stress and age on frailty markers Interleukin-6, C-Reactive Protein, and D-Dimer. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci.* 2006;61(9):963-9.
7. Peretti E, Villars H. Maladie d'Alzheimer, relation d'aide et fragilité. *Soins Gérontologie.* 2015;20(115):18-20.
8. Nunes DP, Duarte YAO, Santos JLF, Lebrão ML. Screening for frailty in older adults using a self-reported instrument. *Rev Saúde Pública [Internet].* 2015 [acesso em 20 fev. 2017];49(2):1-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100212&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
9. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci.* 2001;56(3):146-56.
10. Bianchi M, Flesch LD, Alves EVC, Batistoni SST, Neri AL. Zarit burden interview psychometric indicators applied in older people caregivers of other elderly. *Rev Latinoam Enferm.* 2016;24:1-9.

11. Damasceno A, Delicio AM, Mazo DFC, Zullo JFD, Scherer P, Ng RTY, et al. Validation of the Brazilian version of mini-test CASI-S. *Arq Neuropsiquiatr.* 2005;63(2b):416-21.
12. Macedo Montaña MBM, Ramos LR. Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating. *Rev Saúde Pública.* 2005;39(6):912-7.
13. Katz S. Studies of Illness in the aged: the Index of ADL: A Standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA.* 1963;185(12):914-9.
14. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969;9(3):179-86.
15. 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):12-7.
16. Tomomitsu MRSV, Perracini MR, Neri AL. Fatores associados à satisfação com a vida em idosos cuidadores e não cuidadores. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014;19(8):3429-40.
17. Lu N, Liu J, Lou VWQ. Caring for frail elders with musculoskeletal conditions and family caregivers' subjective well-being: the role of multidimensional caregiver burden. *Arch Gerontol Geriatr.* 2015;61(3):411-8.
18. Alvira MC, Risco E, Cabrera E, Farré M, Rahm Hallberg I, Bleijlevens MHC, et al. The association between positive-negative reactions of informal caregivers of people with dementia and health outcomes in eight European countries: a cross-sectional study. *J Adv Nurs.* 2015;71(6):1417-34.
19. Domínguez-Guedea MT, Garcia AO. Sociocultural and familial influences on the well-being of mexican older adults' family caregivers. *Res Gerontol Nurs.* 2015;8(4):188-96.
20. Pavarini SCI, Neri AL, Brígola AG, Ottaviani AC, Souza EN, Rossetti ES, et al. Idosos cuidadores que moram em contextos urbanos, rurais e de alta vulnerabilidade social. *Rev Esc Enferm USP.* 2017;51:1-7.
21. Luchesi BM, Alexandre TD, Oliveira NA, Brigola AG, Kusumota L, Pavarini SC, et al. Factors associated with attitudes toward the elderly in a sample of elderly caregivers. *Int Psychogeriatr.* 2016;28(12):2079-89.
22. Santos-Orlandi AA, Brito TRP, Ottaviani AC, Rossetti ES, Zazzetta MS, Gratão ACM, et al. Perfil de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. *Esc Anna Nery.* 2017;21(1):1-8.
23. Pereira RA, Dos Santos EB, Fhon JRS, Marques S, Rodrigues RAP. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. *Rev Esc Enferm USP.* 2013;47(1):185-92.
24. Hu X, Dolansky MA, Hu X, Zhang F, Qu M. Factors associated with the caregiver burden among family caregivers of patients with heart failure in southwest China: Factors associated with caregiver burden. *Nurs Health Sci.* 2016;18(1):105-12.
25. Lafferty A, Fealy G, Downes C, Drennan J. Family carers of older people: Results of a National Survey of Stress, Conflict and Coping [Internet]. Belfield: University College Dublin; 2014 [acesso em 20 fev. 2017]. Disponível em: https://www.ncpop.ie/userfiles/file/ncpop%20reports/Carers%202014/NCPOP_Family%20Carers%20of%20Older%20People%202014pg%20A4%20FINAL%20PREVIEW_4th%20June%202014.pdf
26. Carter JH, Lyons KS, Stewart BJ, Archbold PG, Scobee R. Does age make a difference in caregiver strain? Comparison of young versus older caregivers in early-stage Parkinson's disease. *Mov Disord.* 2010;25(6):724-30.
27. Tomomitsu MRSV, Perracini MR, Neri AL. Influência de gênero, idade e renda sobre o bem-estar de idosos cuidadores e não cuidadores. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2013;16(4):663-80.
28. Pinquart M, Sörensen S. Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: a meta-analytic comparison. *Psychol Aging.* 2011;26(1):1-14.
29. Giacomini KC, Uchoa E, Lima-Costa MFF. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(5):1509-18.
30. Barreto MS, Carreira L, Marcon SS. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *Rev Kairós.* 2015;18(1):325-39.
31. Batistoni SST, Neri AL, Nicolosi GT, Lopes OL, Khoury HT, Eulálio MC, et al. Sintomas depressivos e fragilidade. In: Neri AL. *Fragilidade e qualidade de vida na velhice.* Campinas: Alínea; 2013. p. 283-98.
32. 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.

Recebido: 06/11/2017

Revisado: 27/02/2018

Aprovado: 20/04/2018

