



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

Idosos cuidadores que moram em contextos urbanos, rurais e de alta vulnerabilidade social  
Elderly caregivers living in urban, rural and high social vulnerability contexts

Sofia Cristina Iost Pavarini<sup>1</sup>, Anita Liberalesso Neri<sup>2</sup>, Allan Gustavo Brigola<sup>3</sup>, Ana Carolina Ottaviani<sup>3</sup>, Érica Nestor Souza<sup>3</sup>, Estefani Serafim Rossetti<sup>3</sup>, Mariéli Terassi<sup>3</sup>, Nathalia Alves de Oliveira<sup>3</sup>, Bruna Moretti Luchesi<sup>3</sup>

### Como citar este artículo:

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>

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

<sup>2</sup> Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Campinas, SP, Brasil.

<sup>3</sup> 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 correspondiente:

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

Recibido: 11/10/2016  
Aprobado: 25/04/2017

## INTRODUCCIÓN

Los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico de la población llevaron al aumento del número de ancianos con enfermedades crónicas, las cuales pueden comprometer la capacidad funcional del anciano y acarrear necesidad de cuidados diarios<sup>(1)</sup>. La mayoría de los cuidados a los ancianos emana de la red informal y familiar. La literatura apunta algunas características comunes de los cuidadores familiares como siendo del sexo femenino, baja escolaridad, cónyuge o hija del anciano<sup>(2-3)</sup>.

El cuidado de un anciano es una tarea compleja que provoca cambios en la vida de quien cuida, y pueden acentuarse cuando el cuidador es también una persona anciana, lo que se viene convirtiendo en un hecho común, debido al envejecimiento poblacional. En ese sentido, algunos estudios vienen mostrando el crecimiento del número de personas con más de 60 años que desempeñan el papel de cuidadores informales de otro anciano más dependiente<sup>(2,4-5)</sup>.

El cuidado ofrecido a domicilio permite al anciano estar en la convivencia familiar, sin embargo, la mayoría de las familias tienen bajas condiciones financieras y sociales, lo que puede dificultar la tarea de cuidar<sup>(6)</sup>. En el contexto de vulnerabilidad social los ancianos poseen más pérdidas en su calidad de vida, aumento de sobrecarga física y emocional, y pueden presentar salud más fragilizada<sup>(7-8)</sup>.

Los contextos distantes de los centros urbanos, como las áreas rurales, también pueden influir en el cuidado a la persona dependiente. Para el año 2013, datos del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE – *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*) muestran que cerca del 16% de los ancianos vivían en regiones y comunidades rurales<sup>(9)</sup>. La red de apoyo en el contexto rural sigue siendo frágil, y las redes de cuidado informales son las que prevalecen<sup>(10)</sup>.

La literatura evidencia peculiaridades en residir en el contexto urbano, rural y de alta vulnerabilidad<sup>(6,8,10)</sup>. Sin embargo, estudios que comparan las diferencias de estos tres contextos en ancianos que desempeñan papel de cuidadores de otros ancianos todavía son escasos. Este tipo de información puede permitir la creación de programas y actividades de apoyo a los ancianos cuidadores con enfoque en las características del contexto en que están insertados, de modo que sean más efectivos y eficientes en la Atención Primaria a la Salud. Los datos pueden, por lo tanto, subsidiar intervenciones, orientaciones y soporte para los cuidadores, orientados a la promoción de la salud, interacción social, mejora de la calidad de vida, y prevención de factores estresantes y adversidades oriundas del cuidado.

La investigación tuvo como objetivo comparar las diferencias en el perfil sociodemográfico, de cuidado y de salud de ancianos cuidadores de ancianos que viven en contextos urbanos, en contextos rurales, y en contextos de alta vulnerabilidad social.

## MÉTODO

Se trata de un estudio transversal, desarrollado con ancianos cuidadores de todas las Unidades de Salud de la Familia (USF) de un municipio del interior paulista. El municipio

poseía, en el año 2014, 17 Equipos de Salud de la Familia, siendo que 15 atendían al área urbana. Las otras dos están ubicadas en dos distritos del municipio que se encuentran distantes del centro urbano, y atienden a chacras y haciendas del local. Para este estudio se consideró como rural el área de cobertura de esas dos USF. Los equipos del área urbana fueron divididos de acuerdo con la vulnerabilidad social evaluada por el Índice Paulista de Vulnerabilidad Social (IPVS – *Índice Paulista de Vulnerabilidade Social*), que considera variables socioeconómicas (renta *per cápita*, alfabetización) y demográficas (edad, sexo). Cinco estaban ubicadas en áreas de alta vulnerabilidad social (IPVS=5), y diez en áreas de media y baja vulnerabilidad (IPVS=2 a 4). Las USF localizadas en las áreas con IPVS=5 fueron consideradas como altas vulnerabilidades, y las localizadas en área con IPVS=2 a 4, como urbanas.

La población del estudio fue de ancianos (60 años o más de edad) registrados en las USF del municipio. Los criterios de inclusión fueron: ser cuidador primario de un anciano dependiente ( $\geq 60$  años) residente en la misma casa. Para ser considerado dependiente, el anciano tenía que ser dependiente en al menos una Actividad Básica de Vida Diaria (ABVD), evaluada por el Índice de Katz<sup>(11)</sup> y/o Actividad Instrumental de Vida Diaria (AIVD), evaluada por la Escala de Lawton y Brody<sup>(12)</sup>. Estos instrumentos también se aplicaron en el anciano cuidador, que debería ser más independiente que el anciano con quien vivía.

La muestra fue seleccionada a partir de un total de 594 residencias listadas por los equipos de Salud de la Familia, donde residían dos o más ancianos, y resultó en 351 ancianos cuidadores de ancianos entrevistados. De los 351 participantes que llenaron el cuestionario completo, ocho fueron excluidos del presente análisis por no haber completado la evaluación de la salud. La muestra final fue compuesta por 343 ancianos cuidadores, que fueron divididos en tres grupos, de acuerdo con el local de residencia: área urbana (n=189), área de alta vulnerabilidad social (n=73) y área rural (n=81).

Las entrevistas ocurrieron en el domicilio de los ancianos, en el período de abril a noviembre de 2014, fueron realizadas por postgraduados de las áreas de enfermería y gerontología, debidamente capacitados para realizar las evaluaciones.

La evaluación contempló tres aspectos: 1) Caracterización sociodemográfica: sexo, edad y escolaridad; 2) Caracterización del contexto del cuidado: grado de parentesco con el anciano dependiente de cuidado (cónyuge, hijo/a, yerno, hermano/a, otro), ingreso familiar mensual (en reales), número de personas que vivía en la casa, si había la presencia de niños en la casa (sí/no), si recibía ayuda material para cuidar del anciano (sí/no) y si recibía ayuda emocional para cuidar del anciano (sí/no); 3) Caracterización de las condiciones de salud, en el cual fueron evaluadas: ABVDs: Índice de Katz<sup>(11)</sup>, se consideraron dependientes los ancianos cuidadores dependientes en al menos una de las seis ABVD, y el resto como independientes; AIVDs: Escala de Lawton y Brody<sup>(12)</sup>, los ancianos cuidadores con puntuación igual a 21 puntos fueron considerados independientes, y los con puntuación entre 8 y 20, dependientes parciales; Dolor autorrelatado: siente dolor (sí/no); Fragilidad: evaluada de acuerdo con el fenotipo de cinco

componentes<sup>(13)</sup>; Pérdida de peso no intencional (indicada por la respuesta afirmativa con pérdida superior a 4,5 kg o 5% del peso a la pregunta “¿En los últimos 12 meses usted piensa que ha perdido peso sin hacer ninguna dieta?”); Fatiga (evaluado por respuestas “siempre” o “la mayoría de las veces” en cualquiera de las preguntas del *Center for Epidemiological Studies – Depression*, CES-D: 1) ¿Con qué frecuencia en la última semana sintió que todo lo que hizo exigió un gran esfuerzo? y 2) ¿Con qué frecuencia en la última semana sintió que no conseguía llevar adelante sus cosas?); La baja fuerza de asimiento palmar (indicada por la media de tres medidas consecutivas de fuerza de agarre de la mano dominante, en Kgf, por medio de dinamómetro hidráulico tipo Jamar, modelo SH5001, fabricado por SAEHAN®, Lafayette, Illinois, USA), ancianos que presentaron el menor quintil de fuerza ajustados por sexo e índice de masa corporal (IMC) puntuaron para el componente; Lentitud de la marcha (indicada por la media de tres medidas consecutivas del tiempo en segundos que el anciano gastaba para recorrer 4,6 m en línea recta, en el plano, en paso usual, siendo permitido el uso de bastón o andador. Para permitir la aceleración y la desaceleración de la caminata, se añadieron dos metros antes y dos metros después del recorrido, totalizando 8,6 m de caminata): el 20% más lentos de acuerdo con el sexo y la media de altura puntuaron para el componente; y Bajo nivel de actividad física (indicado por respuesta afirmativa al ítem “¿Usted cree que hace menos actividades físicas que hace 12 meses?”): la presencia de tres o más componentes del fenotipo caracterizan a la persona como frágil, de uno o dos criterios como pre-frágil, y de ninguno como no frágil. Para los análisis, se comparó el grupo de ancianos frágiles con el grupo de ancianos no frágiles/pre-frágiles; Cognición: *Addenbrooke's Cognitive Examination Revised* (ACE-R)<sup>(14)</sup>, que contempla cinco dominios (orientación/atención, memoria, fluencia verbal, lenguaje y habilidad visuoespacial), y el puntaje general varía de 0 a 100 puntos, cuanto mayor, mejor el desempeño cognitivo. Se utilizó la nota de corte de 65 puntos, la cual obtuvo sensibilidad 75,6% y especificidad 73,8% en una muestra de ancianos brasileños de la comunidad con diferentes grados de escolaridad<sup>(15)</sup>. Se compararon los grupos por encima y por debajo de la nota de corte; Satisfacción con la vida: se le preguntó a los ancianos “¿Usted está satisfecho con su vida?” (Poco/más o menos/mucho). En los análisis, se consideró a los ancianos que respondieron estar muy satisfechos con la vida; Funcionalidad familiar: APGAR de familia, que tuvo sus propiedades psicométricas probadas en ancianos<sup>(16)</sup>, el cual mensura la satisfacción en relación a cinco componentes, adaptación, compañerismo, desarrollo, afectividad y capacidad

resolutiva. El puntaje resulta en una puntuación de 1 a 20, siendo que puntuaciones superiores a 13 caracterizan buena funcionalidad familiar. Para los análisis, fueron considerados los ancianos que poseían buena funcionalidad familiar; Sobrecarga relacionada con el cuidado: Inventario de sobrecarga de Zarit (ZBI)<sup>(17)</sup>, que contiene 22 ítems que evalúan el impacto percibido del acto de cuidar sobre la salud física y emocional, las actividades sociales y la condición financiera del cuidador. La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems y puede variar de 0 a 88, siendo que cuanto mayor el score, mayor es la intensidad de la sobrecarga presentada por el cuidador. Los ancianos cuidadores fueron divididos en los grupos por encima y por debajo de la mediana de la muestra (mediana=15); Estrés: Escala de Estrés Percibido (EEP)<sup>(18)</sup>, que tiene 14 ítems que indican el nivel de estrés percibido por el anciano. La puntuación final es la suma de las respuestas y varía de 0 a 56, siendo que cuanto mayor es la puntuación, mayor el nivel de estrés percibido. Los ancianos cuidadores se dividieron en los grupos por encima y por debajo de la mediana de la muestra (mediana=17); y Esperanza: Escala de Esperanza de Herth (EEH)<sup>(19)</sup>, que tiene 12 ítems para evaluar el nivel de esperanza. La puntuación total varía de 12 a 48, siendo que cuanto mayor el score, más alto el nivel de esperanza. En los análisis, los ancianos cuidadores fueron divididos en los grupos arriba y abajo de la mediana de la muestra (mediana=42).

Los datos se analizaron en el *software* SPSS. Se realizaron cálculos de frecuencia simple y mediana para las variables en cada uno de los tres grupos: urbano, rural y alta vulnerabilidad. Los resultados presentan tres tipos de comparación: urbano *versus* rural, urbano *versus* alta vulnerabilidad, y rural *versus* alta vulnerabilidad. Los grupos fueron comparados por medio de las pruebas chi-cuadradas para variables categóricas y U de Mann-Whitney para variables continuas. Se consideró el nivel de significancia  $p \leq 0,05$ .

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la Universidade Federal de São Carlos (dictamen nº 416.467/2013). Todos los participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado antes de la entrevista.

## RESULTADOS

De los 343 ancianos cuidadores evaluados, 189 (55,1%) vivían en el área urbana, 81 (23,6%) en el área rural, y 73 (21,3%) en el área alta vulnerabilidad social.

La Tabla 1 muestra los datos de frecuencia, mediana y p-valor para las comparaciones entre los grupos en cuanto al perfil sociodemográfico, de cuidado y de salud.

**Tabla 1** – Comparación de los ancianos cuidadores residentes en contexto urbano, rural y de alta vulnerabilidad en cuanto al perfil sociodemográfico de cuidado y de salud – São Carlos, SP, Brasil, 2014.

Caracterización	Frecuencia/mediana según la localidad			Comparaciones p-valor		
	Urbano (n=189)	Rural (n=81)	Alta vulnerabilidad (n=73)	Urbano vs. Rural	Urbano vs. Alta vulnerabilidad	Rural Vs. Alta vulnerabilidad
<b>Sociodemográfica</b>						
Sexo (feminino)*	75,1%	76,5%	80,8%	0,80	0,33	0,52
Edad (años)**	68	67	68	0,59	0,77	0,59
Escolaridad (años)**	4	4	2	0,64	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

continúa...

...continuación

Caracterización	Frecuencia/mediana según la localidad			Comparaciones p-valor		
	Urbano (n=189)	Rural (n=81)	Alta vulnerabilidad (n=73)	Urbano vs. Rural	Urbano vs. Alta vulnerabilidad	Rural Vs. Alta vulnerabilidad
<b>Contexto do cuidado</b>						
Personas en la casa **	3	2	2	0,01	0,07	0,57
Recibe ayuda material *	18,0%	22,2%	4,1%	0,59	<b>0,01</b>	<b>0,00</b>
Recibe ayuda emocional *	57,1%	55,6%	11,0%	0,77	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
Parentesco (cónyuge)*	83,6%	90,1%	83,6%	0,88	0,53	0,51
Renta (R \$)*	2000,00	2075,00	1448,00	0,36	0,51	0,69
Sin información	n=18	n=5	n=2			
Reside con niño*	16,9%	13,6%	9,6%	0,49	0,13	0,44
<b>Salud</b>						
Katz (independientes)*	85,2%	84,0%	94,5%	0,79	<b>0,04</b>	<b>0,04</b>
Lawton (independientes)*	36,5%	49,4%	49,3%	<b>0,04</b>	<b>0,05</b>	0,90
Siente dolor*	63,5%	60,5%	57,5%	0,64	0,37	0,71
Fragilidad (frágil)*	19,6%	9,9%	37,0%	<b>0,05</b>	0,00	<b>0,00</b>
ACE-R (por encima de la nota de corte)*	54,5%	58,0%	19,2%	0,59	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
Satisfacción con la vida (muy satisfecho)*	82,5%	80,2%	60,3%	0,65	<b>0,00</b>	<b>0,01</b>
APGAR (buena funcionalidad)*	88,9%	86,4%	74,0%	0,56	<b>0,00</b>	<b>0,05</b>
ZBI (por encima de la mediana)*	53,4%	53,1%	41,1%	0,95	0,07	0,14
EEP (por encima de la mediana)*	52,9%	42,0%	64,4%	0,10	0,09	<b>0,00</b>
EEH (por encima de la mediana)*	57,1%	71,6%	34,2%	<b>0,02</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

\*prueba de chi cuadrado. \*\*prueba de U Mann-Whitney. ACE-R=Addenbrooke's Cognitive Examination Revised. ZBI= Inventario de sobrecarga de Zarit. EEP=Escala de Estres Percibido. EEH=Escala de Esperanza de Herth. Medianas establecidas: ZBI=15; EEP=17; EEH=42. Nota: (n=343).

El perfil sociodemográfico de los ancianos cuidadores de los tres grupos evidenció que eran en su mayoría del sexo femenino, con edad mediana en torno a 67 años, y con baja escolaridad. La mayoría, en todos los contextos, cuidaba al cónyuge, vivía en casas sin niños y con dos o tres personas en la casa.

Los ancianos cuidadores que vivían en áreas rurales poseían, de manera general, un mejor desempeño en las condiciones de salud. Eran los cuidadores con menor porcentaje de fragilidad (9,9%), con mejor desempeño cognitivo (58% por encima de la mediana en el ACE-R), menos estresados (64,4% por encima de la mediana en la EEP), menos sobrecargados (42% por encima de la mediana en la ZBI) y con mayor nivel de esperanza (71,6% por encima de la mediana en la EEH).

En la comparación entre el grupo de ancianos cuidadores del área urbana con el del área rural, el primero tuvo un mayor número de personas viviendo en la casa y mayor porcentaje de cuidadores frágiles. Sin embargo, los cuidadores residentes en el área rural eran más independientes para las AIVDs y tenían mayor nivel de esperanza.

Los resultados mostraron que las mayores diferencias fueron encontradas en la comparación entre los contextos urbanos y de alta vulnerabilidad social. Para estos grupos, hubo diferencias en las variables: escolaridad, ayuda material, ayuda emocional, Katz y Lawton, fragilidad, ACE-R, satisfacción con la vida, APGAR y EEH. El grupo de ancianos cuidadores que vivía en regiones urbanas presentó mayor escolaridad, recibía más ayuda material y emocional, tenía menos cuidadores frágiles, tenía mejor desempeño cognitivo, estaba más satisfecho con la vida, tenía mejor funcionalidad familiar y un mayor nivel de esperanza que los ancianos cuidadores de las áreas de alta vulnerabilidad social. En cambio, el grupo que vivía en áreas de alta vulnerabilidad

era más independiente tanto para las ABVDs como para las AIVDs.

En la comparación entre el grupo del área rural con el grupo del área de alta vulnerabilidad, se observó que el grupo residente en las áreas más vulnerables tenía peor escolaridad, recibía menos ayuda material y emocional para cuidar, era más frágil, tenía peor desempeño cognitivo, era menos satisfecho con la vida, tenía peor funcionalidad familiar, mayor nivel de estrés percibido y menor nivel de esperanza. A única variable que fue mejor para ese grupo en comparación con el grupo de área rural fue la performance en las ABVDs.

## DISCUSIÓN

Con respecto a las características sociodemográficas de los ancianos cuidadores, no hubo diferencia en cuanto al sexo, a la edad y a la renta familiar en los diferentes contextos. Los datos corroboran la literatura en lo que se refiere al predominio de mujeres, con edad cercana a 70 años, cuidando de ancianos<sup>(3-4)</sup>. A pesar de que no se encontraron diferencias significativas en la comparación de la renta familiar mensual, los ancianos cuidadores de las áreas de alta vulnerabilidad social presentaban menor renta mediana. Además, se resalta que esta variable no fue informada por un total de 25 ancianos, lo que puede haber interferido en los resultados de las comparaciones.

Para la escolaridad, los ancianos cuidadores en contextos de alta vulnerabilidad social presentaron mediana inferior a los otros contextos. Un menor nivel de escolaridad en individuos que viven en esas regiones puede demostrar una salud más débil<sup>(7)</sup>.

En la evaluación de las características del cuidado, los cuidadores que vivían en áreas de alta vulnerabilidad social recibían menos ayuda material y emocional, lo que corrobora hallados en una investigación desarrollada en el Municipio de

Natal (RN) con 300 ancianos, en los cuales los ancianos presentaron una red de apoyo escaso y muchas veces ofrecido sólo por algunos vecinos<sup>(20)</sup>. Otra investigación identificó que los ancianos que viven en regiones de alta vulnerabilidad poseen una red social grande, pero pocos miembros desempeñan un papel funcional, es decir, suministran o reciben apoyo<sup>(21)</sup>.

Los resultados evidenciaron que los ancianos cuidadores que vivían en el área rural poseían mejor desempeño en las variables relacionadas a la evaluación de la salud. En cambio, los ancianos cuidadores residentes en áreas de alta vulnerabilidad social tenían mejor desempeño para las AVDs, y peor desempeño en todas las otras variables de salud, excepto el dolor y la sobrecarga, las cuales no presentaron diferencias significativas en la comparación.

Una encuesta con ancianos con *diabetes mellitus* residentes en las zonas rurales y urbanas encontró que los que vivían en el área rural presentaron mayor puntuación de calidad de vida en los ámbitos: físico y relaciones sociales; y en las facetas autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, e intimidad; además, presentaron mejores condiciones de salud en comparación con los que residían en el área urbana<sup>(22)</sup>. Nuestros hallazgos evidenciaron que, comparativamente, los cuidadores del área rural estaban más satisfechos con la vida y tuvieron mejor evaluación de las condiciones de salud que los que vivían en regiones de alta vulnerabilidad social.

Los ancianos cuidadores rurales también fueron más independientes para las actividades instrumentales de vida diaria si comparados a los urbanos, lo que corrobora un estudio realizado con ancianos rurales de Uberaba, Minas Gerais<sup>(23)</sup>.

El uso de servicios de atención de salud en diferentes contextos también puede explicar los resultados encontrados. En la investigación realizada con una muestra de 100 cuidadores informales de ancianos bajo cuidados paliativos, el uso del médico de familia, de servicios de emergencia, farmacia, y servicios para apoyo del cuidador fue mayor entre los cuidadores rurales<sup>(24)</sup>.

La variable fragilidad presentó diferencias en la comparación entre todos los contextos evaluados. En el área rural, el porcentaje de ancianos cuidadores frágiles fue la menor (9,9%), seguida por el área urbana (19,6%) y por los contextos de alta vulnerabilidad (37,0%). Una revisión sistemática de literatura analizó los factores asociados a la fragilidad en 35 estudios, y encontró asociación con la escolaridad y la función cognitiva, entre otros aspectos<sup>(25)</sup>. Los ancianos cuidadores del presente estudio que vivían en contextos de alta vulnerabilidad fueron los que presentaron peor escolaridad y peor desempeño cognitivo, lo que puede estar relacionado al porcentaje de ancianos frágiles. En cambio, el estudio de revisión también encontró que la incapacidad funcional está asociada a la fragilidad en ancianos<sup>(25)</sup>, lo que va contra los datos de la actual investigación, ya que los cuidadores de la región más vulnerable eran más independientes para las ABVDs y AIVDs. Este es un dato interesante, pues se puede percibir que incluso presentando peor desempeño en diversas variables de evaluación de la salud, los ancianos cuidadores en contextos de alta vulnerabilidad son más independientes. Los intentos de explicar este dato se basan en el hecho de que los ancianos, por tener una peor funcionalidad familiar y

recibir menos ayuda material y emocional, no pueden contar con el apoyo de otras personas para auxiliar en las AVDs, lo que hace que ellos, incluso con mal desempeño cognitivo y fragilidad, tienen que seguir desempeñando las actividades por sí mismos. Sin embargo, futuras investigaciones deben procurar comprender mejor la relación entre incapacidad funcional, fragilidad y desempeño cognitivo en ancianos cuidadores residentes en regiones de alta vulnerabilidad social.

Es importante destacar que en todas las regiones el porcentaje de ancianos cuidadores frágiles fue alto, lo que suscita reflexiones acerca del desempeño del papel de cuidador por un anciano que también es frágil.

Los resultados encontrados en el presente estudio evidenciaron un peor desempeño cognitivo en los ancianos en contexto de alta vulnerabilidad social cuando comparado a las regiones urbana y área rural. Estos datos corroboran una investigación multicéntrica brasileña realizada con 878 ancianos, que identificó que el compromiso cognitivo está asociado a situaciones de pobreza<sup>(26)</sup>. El compromiso cognitivo puede estar asociado al menor acceso a estímulos y menor desarrollo del sentido de autoeficacia. La convivencia social y las actividades de ocio son factores que pueden contribuir a ese compromiso, ya que auxilian en el mantenimiento de la autonomía y favorecen el bienestar físico y psicológico<sup>(21-22)</sup>, y pueden estar perjudicados en función de la vulnerabilidad social y los contextos de pobreza.

En el presente estudio, la funcionalidad familiar de los cuidadores de las áreas urbana y rural no presentó diferencias. Para los residentes en área de alta vulnerabilidad, se observó un menor porcentaje de ancianos con buena funcionalidad familiar. Un estudio reciente encontró que las relaciones familiares influyen el bienestar de los ancianos que viven en comunidades rurales de Tailandia<sup>(27)</sup>. Otra investigación, que comparó la funcionalidad familiar de cuidadores de ancianos, no encontró diferencias significativas para los que vivían en regiones de alta y muy alta vulnerabilidad social y los que vivían en regiones de baja y media vulnerabilidad social<sup>(28)</sup>. Los datos presentados difieren de los resultados actuales, pero en la muestra del estudio citado, los cuidadores tenían una edad media de 50 años y sólo el 76,4% residía con el anciano. El resto cuidaba del anciano, pero poseía otra familia, lo que puede explicar las diferencias encontradas.

Sólo el 34,2% de los ancianos cuidadores de regiones de alta vulnerabilidad presentaron puntuación por encima de la mediana en la EEH, o sea, tuvieron niveles más altos de esperanza. Una investigación con pacientes en tratamiento quimioterápico encontró que el nivel de esperanza está asociado positivamente a la escolaridad<sup>(29)</sup>.

Las diferencias en el perfil sociodemográfico y de cuidado y de salud observadas en esta investigación traen informaciones relevantes para la planificación futura de intervenciones con cuidadores que son ancianos y viven en diferentes contextos.

El resultado de una revisión sistemática de la literatura, que analizó diez artículos sobre intervenciones para cuidadores familiares de ancianos frágiles residentes en la comunidad, encontró que la mayoría de las intervenciones se concentra en la reducción de los niveles de estrés y sobrecarga

de cuidados, aumento del conocimiento sobre la enfermedad del anciano dependiente y desarrollo de habilidades sociales. Sin embargo, los investigadores describen que los resultados de las intervenciones todavía muestran divergencias en cuanto a la eficacia sobre la calidad de vida del cuidador y son inconsistentes en la literatura, y aún llaman la atención sobre la necesidad de que intervenciones se adecuen a los diferentes contextos en que los cuidadores están insertados<sup>(30)</sup>.

En cuanto al contexto de alta vulnerabilidad, las carencias de recursos individuales, familiares y sociales para atender las necesidades de los ancianos y de los cuidadores pueden causar perjuicios a su calidad de vida y bienestar. El apoyo familiar en el cuidado puede ser muy importante para la longevidad del anciano, en ese sentido, las familias, en un contexto de pobreza y que no poseen recursos financieros suficientes para suplir las necesidades básicas y ni condiciones para contratar servicios de terceros para auxiliar en el cuidado, pueden presentar mayores dificultades para amparar al cuidador familiar y al anciano receptor de cuidados<sup>(8)</sup>.

Cabe resaltar algunas limitaciones de esta investigación. Se trata de un estudio transversal, realizado con una muestra específica de ancianos cuidadores y, por lo tanto, los datos no pueden ser generalizados. También no es posible establecer una relación de causa y efecto. Las investigaciones en esta área con estudios con diferentes diseños son necesarias en el ámbito de la Atención Primaria a la Salud, especialmente considerando el número cada vez mayor de cuidadores informales con edad avanzada.

A pesar de las limitaciones, hay informaciones importantes sobre aspectos positivos del cuidado en estos

diferentes contextos. Llama la atención, el porcentaje de cuidadores independientes para las AVDs en contextos de alta vulnerabilidad social. En el contexto rural, se destacan el bajo porcentaje de ancianos frágiles y el alto nivel de esperanza.

## CONCLUSIÓN

Los resultados mostraron que existen diferencias entre ancianos cuidadores que viven en contextos urbanos, rurales y de alta vulnerabilidad social.

Los ancianos cuidadores de contexto de alta vulnerabilidad social presentaron peor escolaridad y peores condiciones de salud y de cuidado, con excepción de las AVDs. Los del contexto rural fueron los con mejor desempeño en las evaluaciones, especialmente la de fragilidad y esperanza.

Observar esas diferencias, considerando los aspectos positivos y negativos de cada uno de esos contextos, así como posibles factores protectores y de riesgo, seguramente podrá contribuir a la implantación de intervenciones que cuidan también a esos ancianos cuidadores. Los servicios pertenecientes a la Atención Primaria, que son el primer nivel de asistencia a la salud, así como los equipos multiprofesionales que trabajan en esos locales, tienen la función de actuar en la promoción de la salud y prevención de enfermedades, y el grupo de cuidadores de personas dependientes aún es poco alcanzado con estas intervenciones. El cuidado del cuidador es una práctica de extrema relevancia que puede prevenir problemas futuros y mejorar la calidad de vida de esos cuidadores, principalmente de aquellos que también son ancianos.

## 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.

## REFERENCIAS

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](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](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](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](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 es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons.