



DÉBORAH CRISTINA DE OLIVEIRA

**EXPECTATIVAS DE SUPORTE PARA O CUIDADO EM IDOSOS DA
COMUNIDADE: *Dados do FIBRA-Campinas***

**CAMPINAS
2012**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

DÉBORAH CRISTINA DE OLIVEIRA

EXPECTATIVAS DE SUPORTE PARA O CUIDADO EM IDOSOS DA COMUNIDADE:
Dados do FIBRA-Campinas

Orientador : Profa. Dra. Maria José D'Elboux

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção de título de Mestra em Ciências da Saúde, área de concentração Enfermagem e trabalho.

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL
DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA DÉBORAH
CRISTINA DE OLIVEIRA, E ORIENTADA PELA
PROF^a DR^a MARIA JOSÉ D'ELBOUX.**

ASSINATURA DO ORIENTADOR

CAMPINAS
2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
MARISTELLA SOARES DOS SANTOS – CRB8/8402
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

OL4a Oliveira, Déborah Cristina de, 1986-
Expectativa de suporte para o cuidado em idosos da
comunidade : dados do FIBRA Campinas / Déborah
Cristina de Oliveira. – Campinas, SP : [s.n.], 2012.

Orientador : Maria José D'Elboux.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Apoio social. 2. Idoso. 3. Enfermagem. I.
D'Elboux, Maria José, 1958-. II. Universidade Estadual
de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III.
Título.

Informações para Biblioteca Digital

Titulo em Inglês: Anticipated support for care in the community-dwelling elderly :
Campinas FIBRA data.

Palavras-chave em Inglês:

Social support

Aged

Nursing

Área de concentração: Enfermagem e trabalho

Titulação: Mestra em Ciências da Saúde

Banca examinadora:

Maria José D'Elboux [Orientador]

Maria Filomena Cecim

Sofia Cristina Iost Pavarini

Data de defesa: 24-07-2012

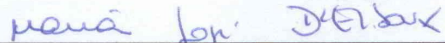
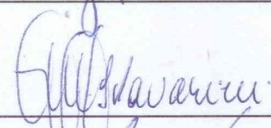
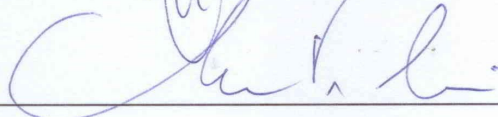
Programa de Pós-Graduação: Enfermagem

**COMISSÃO EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE
MESTRADO**

DÉBORAH CRISTINA DE OLIVEIRA(RA: 042918)

Orientadora PROFA. DRA. MARIA JOSÉ D'ELBOUX

Membros:

1. PROFA. DRA. MARIA JOSÉ D'ELBOUX 
2. PROFA. DRA. SOFIA CRISTINA LOST PAVARINI 
3. PROFA. DRA. MARIA FILOMENA CEOLIM 

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 24 de julho de 2012

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao Zico (*in memorian*), meu avô querido, por todo o amor e por
toda a saudade que sinto...

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela vida, e por colocar sempre as melhores oportunidades em meu caminho...

À minha querida orientadora Prof^a Dr^a Maria José D'Elboux, que com todo o carinho me recebeu há alguns anos, desde a primeira iniciação científica, quando eu sonhava em “estudar os idosos”. Por ser tão íntegra, tão ética, tão profissional. Obrigada pelo carinho e pelo incentivo. Serei eternamente grata pelo apoio durante toda esta jornada!

À Prof^a Dr^a Anita Liberalesso Neri, pela oportunidade em fazer parte do Estudo Fibra e pelas valiosas considerações neste trabalho.

À Prof^a Dr^a Sofia Cristina Iost Pavarini e Prof^a Dr^a Maria Filomena Ceolim pela prontidão em aceitar participar da banca examinadora desta dissertação e pelas valiosas contribuições neste estudo.

Ao Helymar, pelo profissionalismo e pela prontidão em aceitar realizar as análises estatísticas deste estudo.

Aos meus pais, Maria Stela e José Maria, por cada passo, cada palavra, cada minuto de tudo o que me proporcionaram ao longo destes anos. Nunca poderei agradecer tudo o que fizeram e fazem por mim. Sou mesmo muito abençoada por ter vocês como “meus pais”.

Ao meu querido irmão, Gabriel, pelo carinho e por sempre acreditar em mim. Por dividir toda uma vida...

Ao meu amor, Leandro, por acreditar nos meus sonhos, por me incentivar, por me entender... Pela compreensão nas intermináveis horas em que passei “dissertando”... Pelo amor e pelo carinho incondicionais.

À minha querida Keila, pelo ombro amigo, pela voz suave com que sempre me acalma, por me ouvir, por poder dividir tantas coisas boas...

À minha querida amiga Priscila, minha irmã. Por toda a nossa cumplicidade... Você é um presente de Deus na minha vida!

À Carol e ao Sato, pelos bons momentos juntos, pela amizade e pelo carinho!

À Dani e Bruno, pela amizade duradoura, pelos bons momentos juntos, e pela distância que nunca nos separou!

À Ana Paula, Joyce, Mara, Nair, Oscar, Walter e Auri da Equipe Terra do Centro de Saúde Santo Antônio: pelo profissionalismo, carinho e amizade sempre presentes! Vocês são muito especiais em minha vida!

A toda a equipe EED, em especial à Cris e à Ana, por acreditarem no meu trabalho e pelo apoio nas horas em que mais precisei. Pela amizade durante todos estes anos! Muito obrigada!

À Vanessa, Mariana e Renata, companheiras de grupo de pesquisa, pelo apoio e pelas valiosas contribuições a este trabalho.

À FAPESP, pelo financiamento desta pesquisa.

À Unicamp, por proporcionar uma pós-graduação de alta qualidade e oferecer tantos espaços de aprendizagem.

A todos que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização e o resultado final deste estudo.

"Antes todos os caminhos iam.

Agora todos os caminhos vêm.

A casa é acolhedora, os livros poucos.

E eu mesmo preparo o chá para os fantasmas..."

(Mario Quintana)

A expectativa de suporte para o cuidado é a crença que o idoso tem de que pessoas próximas proverão a assistência futura a ele caso haja necessidade, aliviando o estresse em situação de crise, podendo inibir o desenvolvimento de doenças e exercer um papel positivo em sua recuperação. Esta pesquisa teve por objetivos comparar a expectativa de suporte para o cuidado, arranjo de moradia e variáveis relacionadas à saúde, em função de gênero e faixa etária de idosos da comunidade e identificar as variáveis associadas à ausência de expectativa de suporte para o cuidado em idosos da comunidade. Foi realizada a partir dos dados da Rede de Pesquisa sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros (Rede FIBRA), utilizando dados da cidade de Campinas-SP (n=671). Foram selecionadas variáveis sociodemográficas (gênero, idade e arranjo de moradia), variáveis relacionadas à saúde (doenças auto-relatadas, independência funcional, saúde percebida e fragilidade) e expectativa de suporte para o cuidado para a realização de ABVD's e AIVD's. Foi realizada análise descritiva e, por meio dos testes Qui-Quadrado ou exato de Fisher, análise de comparação das principais variáveis categóricas entre gênero, faixa etária e expectativa suporte para o cuidado. Para estudar os fatores associados com a ausência de expectativa de suporte para o cuidado foi utilizada a análise de regressão logística univariada e multivariada, com critério Stepwise de seleção de variáveis. O Estudo FIBRA e o presente estudo foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (208/2007). Mais mulheres moram sozinhas (20,52%), tem maior número de doenças (49,02%), incapacidades em ABVD's (12,42%), pior avaliação da própria saúde (7,39%) e esperam receber cuidado de apenas uma pessoa caso haja necessidade (46,84%). Grande percentual de homens mantém a realização de suas AAVD's (95,59%), tem expectativa de suporte para o cuidado (93,33%) e esperam serem cuidados por

um maior número de pessoas caso precisem (55,34%). Maior número de idosos mais longevos vivem sozinhos (22,55%) e tem incapacidade para realização das AIVD's (35,96%). As respostas afirmativas referentes à expectativa de suporte para o cuidado estiveram mais presentes para os homens, sujeitos que residem acompanhados, que deixaram de realizar uma ou mais AAVD e que referem saúde percebida boa e muito boa. Grande percentual de idosos que avaliaram sua saúde como ruim ou muito ruim (25,64%) e idosos que residem sozinhos (22,42%) não têm expectativa de suporte para o cuidado. Os idosos que avaliaram a própria saúde como ruim ou muito ruim têm três vezes mais chance de não ter expectativa. As mulheres têm duas vezes mais chance de não ter expectativa de suporte para o cuidado, e, se residirem sozinhas, tem três vezes mais chance de ausência de expectativa. Esta pesquisa evidencia que a expectativa de suporte para o cuidado dos idosos da cidade de Campinas - SP está diretamente relacionada ao gênero, é independente da idade e que os idosos estão em situação vulnerável para a falta de expectativa de suporte para o cuidado e percepção de saúde, podendo estar mais susceptíveis ao declínio funcional, morbidades e à falta de suporte para o cuidado.

Palavras-chave: apoio social, idoso, enfermagem.

Linha de pesquisa: Processo de cuidar em saúde e enfermagem.

The anticipated support for care is the belief that the elderly have people around that will provide future assistance to him should the need arise, relieving stress in a stressful situation, can inhibit the development of diseases and exerting a positive role in their recovery. This research aimed to compare the anticipated support for care, arranging housing and health related outcomes, by gender and age group of older adults and identify the variables associated with lack of anticipated support for care in dwelling elderly. It was performed from the data of the Research Network on Frailty in Elderly Brazilian Network (FIBRA), using data from the city of Campinas-SP (n = 671). There were selected sociodemographic variables (gender, age and arrangement of housing), health-related variables (self-reported illnesses, functional capacity, perceived health and frailty) and expectation of support for care to perform BADL's and IADL's. A descriptive analysis and by using the chi-square or Fisher exact test, comparison analysis of the main categorical variables of gender, age and anticipated support for care. To explore the factors associated with the absence of expected support for the careful analysis was used for univariate and multivariate analysis with stepwise criterion for variable selection. FIBRA Study and the present study were approved by the Ethics Committee in Research of the Faculty of Medical Sciences of Unicamp (208/2007). More women live alone (20.52%), has more diseases (49.02%), disabilities in BADL's (12.42%), worse assessment of their health (7.39%) and expect to receive care only a person should the need arise (46.84%). Large percentage of men have to carry out their AAVD's (95.59%) is expected to support care (93.33%) and expect to be cared for by a greater number of people if they need it (55.34%). Increased number of oldest-old elderly living alone (22.55%) and has inability to perform IADL's (35.96%). The affirmative answers regarding the anticipated support support for care were more positive for men, guys who live

together, who failed to perform one or more AAVD and perceived health good and very good. Large percentage of seniors who rated their health as poor or very poor and elderly who live alone have negative anticipated support for care. Elderly people who assess their health as poor or very poor are three times more likely to have no expectations. Women are twice as likely to have no anticipated support for care and, if they reside alone has three times more likely to lack of expectation. This research shows that the anticipated support for elderly care in the city of Campinas - SP is directly related to gender, is independent of age and who are vulnerable in relation to the expectation of support for the care and health perception, with more susceptible to functional decline and lack of expected support.

Key-words: social support, aged, nursing.

	Pag.
RESUMO	<i>xi</i>
ABSTRACT	<i>xii</i>
1. INTRODUÇÃO	23
1.1. Justificativa do estudo.....	25
1.2. Expectativa de suporte para o cuidado na velhice.....	26
1.3. Fatores relacionados à necessidade de cuidados em idosos.....	35
2. OBJETIVOS	41
3. CASUÍSTICA E MÉTODO	45
3.1. Amostragem, recrutamento e participantes.....	48
3.2. Procedimento.....	49
3.3. Instrumentos e medidas.....	51
3.4. Análise dos resultados.....	57
3.5. Aspectos éticos.....	48
4. RESULTADOS	59
4.1. Artigo 1. Expectativa de suporte para o cuidado e variáveis relacionadas em idosos da comunidade.....	63
4.2. Artigo 2. Ausência de expectativa de suporte para o cuidado em idosos.....	83
5. DISCUSSÃO GERAL	107
6. CONCLUSÃO GERAL	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

LISTA DE ABREVIATURAS

AAVD's -	Atividades Avançadas de Vida Diária
ABNT -	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABVD's -	Atividades Básicas de Vida Diária
ACSM -	<i>American College of Sports Medicine</i>
AHA -	<i>American Heart Association</i>
AIVD's -	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVD's -	Atividades de Vida Diária
BHP -	<i>Bupa Health Pulse</i>
CEP -	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP -	Comitê Nacional de Ética em Pesquisa
CES-D -	<i>The Center for Epidemiologic Studies - Depression</i>
DP -	Desvio Padrão
FIBRA -	Fragilidade em Idosos Brasileiros
FAPESP -	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FCM -	Faculdade de Ciências Médicas
IC -	Índice de Confiança
Kg -	Quilogramas
KgF -	Quilograma força

LSE -	<i>London School of Economics</i>
MEEM -	Mini-Exame do Estado Mental
MET's -	Equivalentes metabólicos
MG -	Minas Gerais
OR -	<i>Odds Ratio</i>
PA -	Pará
PB -	Paraíba
PI -	Piauí
RS -	Rio Grande do Sul
SABE -	Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento
SP -	São Paulo
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ -	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFMG -	Universidade Federal de Minas Gerais
UNICAMP -	Universidade Estadual de Campinas
USP -	Universidade de São Paulo

ARTIGO 1

Tabela 1. Análise comparativa entre gênero e variáveis de interesse do estudo (n=671). Campinas-SP, 2008-2009.....	73
Tabela 2. Análise comparativa entre faixa etária e variáveis de interesse do estudo (n=671). Campinas-SP, 2008-2009.....	74

ARTIGO 2

Tabela 1. Comparação entre expectativa de suporte para o cuidado e variáveis de interesse do estudo. Campinas-SP, 2008-2009.	94
Tabela 2. Resultados da análise de regressão logística univariada para ausência de expectativa de suporte para o cuidado. Campinas-SP, 2008 -2009.....	95
Tabela 3. Resultados da análise de regressão logística multivariada para ausência de expectativa de suporte para o cuidado. Campinas-SP, 2008-2009.....	96
Tabela 4. Resultados da análise de regressão logística multivariada para ausência de expectativa de suporte para o cuidado, controlada por gênero e idade. Campinas-SP, 2008-2009.....	96

LISTA DE QUADROS

	Pag.
ARTIGO 1	
Quadro 1. Caracterização operacional das variáveis. Campinas, 2012.....	71

1. Introdução

1.1. Justificativa do estudo

O envelhecimento acentuado da população no Brasil e no mundo tem ocasionado mudanças significativas nos perfis das necessidades sociais e em saúde, às quais os sistemas públicos ainda não respondem de maneira satisfatória.

A especificidade no cuidado a idosos, em função das incapacidades e prevalência de morbididades crônicas não infecciosas, demanda investimentos consideráveis em recursos físicos, medicamentos, recursos humanos capacitados e auxílio às famílias e cuidadores. Nesse sentido, as relações sociais podem ter um papel essencial para manter ou mesmo promover a saúde física e mental dos idosos. Os efeitos positivos do suporte social estão associados aos diferentes tipos de apoio fornecidos⁽¹⁾.

A expectativa de suporte para o cuidado é definida como a crença que o idoso tem de que pessoas próximas proverão assistência futura a ele, caso haja necessidade⁽²⁾.

A importância do estudo desta temática em idosos se dá por que o fato de o idoso acreditar que terá ajuda para suas necessidades alivia o estresse em situação de crise⁽³⁾, pode inibir o desenvolvimento de doenças⁽⁴⁾ e, na presença delas, exerce um papel positivo em sua recuperação⁽⁵⁾. Para Barrera⁽⁶⁾, estar ligado socialmente é fundamental para o bem estar psicológico do idoso.

A presente investigação foi delineada a fim de se compreender aspectos sociodemográficos e de saúde relacionados à expectativa de suporte para o cuidado de idosos da comunidade.

1.2. Expectativa de suporte para o cuidado na velhice.

O suporte social ou apoio social^{*} é um constructo multidimensional que tem sido conceituado e mensurado de muitas maneiras, não havendo um consenso sobre sua definição⁽⁸⁻⁹⁾.

Apesar de haver publicações anteriores, foi a partir da década de 1970 que o suporte social passou a constituir um quadro teórico mais integrado e consistente, pelo início de estudos mais elaborados sobre este constructo e também por pesquisas que avaliaram seus efeitos sobre a saúde e bem-estar de diferentes tipos de relações, passando pela investigação das redes sociais nos seus aspectos estruturais e funcionais⁽¹⁰⁾.

Cohen⁽¹¹⁾ afirma que o significado e a importância do apoio social podem variar ao longo da vida. Para Vaz Serra⁽¹²⁾, apoio social na idade avançada é a quantidade e coesão das relações sociais que rodeiam de modo dinâmico um indivíduo. Barrón⁽¹³⁾ acrescenta que o apoio social é um conceito interativo que se refere às transações que se estabelecem entre indivíduos.

Avanços nos estudos desta temática foram conseguidos por Cobb⁽¹⁴⁾, Caplan⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ e Cassell⁽¹⁷⁾.

Cobb⁽¹⁴⁾ definiu suporte social como a informação que leva o indivíduo a crer que ele será cuidado, amado e estimado, e que ele faz parte de uma rede com obrigações mútuas. As noções de 'cuidado' e 'estima' parecem ser centrais na definição de suporte de Cobb⁽¹⁸⁾.

O autor propõe ainda que o suporte social compreende três componentes, a saber: 1) informações que o levam a crer que ele será cuidado e amado, 2)

^{*} Os termos apoio social e suporte social são encontrados como sinônimos na literatura nacional, conforme apontam Gonçalves et al.⁷.

informações que o levam a crer que ele será estimado e valorizado, e 3) informações que o levam a crer que ele pertence a uma rede de comunicações e obrigações mútuas⁽¹⁴⁾. Krause⁽¹⁹⁾ critica esta definição pelo fato de que ela resume o suporte social a um componente estritamente emocional, sendo que este estaria relacionada também a outros elementos da vida do indivíduo.

Samuelsson et al.⁽²⁰⁾ argumentam que o caráter central do suporte social repousa sobre a evidência de que os indivíduos podem depender de outras pessoas ou dos recursos coletivos. Portanto, para os autores há duas linhas de investigação sobre suporte social: o dos efeitos diretos e o de proteção ao estresse. O primeiro sugere que o suporte social contribui para a melhoria da saúde e do bem-estar, independentemente de a pessoa estar exposta ao estresse. O segundo propõe que o apoio social protege os indivíduos dos danos do estresse em relação à saúde e ao bem-estar subjetivo.

No contexto gerontológico, o suporte social está relacionado à oferta de apoio ou ajuda de natureza emocional, instrumental e informativa⁽²¹⁾. Estes podem ser avaliados tomando-se como base as condições estruturais, quanto ao número de pessoas da rede, por exemplo, e funcionais, evidenciadas pelo papel que as pessoas que fazem parte da rede exercem na vida do idoso, sendo a primeira muito menos importante para influenciar a saúde e o bem-estar dos idosos do que a segunda⁽²⁾.

Tanto as condições estruturais como as funcionais podem ser analisadas objetivamente ou segundo normas e expectativas externas. Podem também ser analisadas subjetivamente, por meio de medidas da satisfação com a assistência oferecida ou por meio de medida da expectativa de suporte (crença em que os outros estão prontos a ajudar no futuro, quando a necessidade se fizer presente). A qualidade ou a funcionalidade do suporte social é mais importante à adaptação dos idosos do que a quantidade de membros da rede e a frequência de contatos⁽²¹⁾.

Barrera⁽⁶⁾ propôs um modelo mais aceito para o entendimento do constructo suporte social, com base na literatura disponível na época. Ele afirmou que haveria três formas de medida de suporte social: medidas de pertencimento social (indicadores provenientes de medidas de frequência de contato com outras pessoas), suporte recebido (relacionadas à quantidade de ajuda de fato recebida pelos membros da rede de suporte, sendo, portanto, passível de medida), bem como suporte percebido (avaliações subjetivas relacionadas ao intercâmbio de ajuda entre os membros da rede de suporte e o indivíduo e a satisfação com o suporte social).

Este modelo tem se mostrado de grande utilidade, demonstrando que a percepção do indivíduo sobre o suporte social e sobre as redes de suporte são muitas vezes mais importantes na predição de várias condições de saúde que as medidas objetivas do suporte atualmente recebido^(14,17,22-23).

Nesse sentido, Sarason, Sarason e Pierce⁽⁸⁾ reafirmam o modelo de Barrera⁽⁶⁾, e acrescentam que o suporte social divide-se nas características da rede social e o grau que o indivíduo está socialmente integrado; nas medidas de suporte recebido, que indicam o que o indivíduo tem recebido ou refere ter recebido; e nas medidas de suporte percebido, que buscam captar as crenças do indivíduo acerca da disponibilidade de apoio caso haja necessidade.

Posto isso, estudos que abordam o suporte social de forma subjetiva, tal como o suporte social percebido⁽¹⁹⁾ ou avaliação da expectativa de suporte⁽²⁾, parecem oferecer melhor compreensão sobre como este tem impacto na vida do idoso.

Segundo Krause⁽¹⁹⁾, para saber como o suporte social está relacionado à vida do idoso é preciso considerar duas questões: 1) as dimensões ou tipos de suporte estão relacionados ao bem-estar e saúde do idoso e 2) os mecanismos responsáveis por estes efeitos, sejam eles positivos ou negativos.

Assim, muitos constructos ou modelos podem ser encontrados para este propósito, mas a expectativa de suporte⁽²⁾ parece ser uma das mais promissoras⁽¹⁹⁾, exercendo maior efeito sobre a saúde e bem-estar que medidas de suporte recebido ou indicadores de convívio social⁽²⁴⁾.

Esta representa um mecanismo de enfrentamento e pode neutralizar o efeito negativo do estresse⁽²⁵⁻²⁶⁾. Para Eckenrode e Wethington⁽²⁷⁾, ao invés do indivíduo pedir imediatamente por ajuda, ele tentará resolver seu problema sozinho, pedindo ajuda somente quando seus próprios recursos forem insuficientes, havendo assim uma melhor resposta de enfrentamento, funcionamento mais efetivo de sua rede de suporte e haverá manutenção do sentimento de esperança⁽¹⁹⁾.

Há controvérsias na literatura sobre como esta expectativa acontece⁽²⁸⁾. Um modelo hipotético é proposto por Krause⁽²⁹⁾, que afirma que, se os membros da rede social ofereceram suporte no passado, o idoso estará mais propenso a acreditar que estes indivíduos continuarão a ajudá-lo no futuro se ele precisar. Os autores acreditam ainda que a expectativa de suporte para o cuidado pode ser influenciada por outros aspectos além de somente trocas positivas realizadas, pois, se as redes sociais estão repletas de conflitos interpessoais, é menos provável que este idoso acredite que ele possa contar com estas pessoas no futuro.

A crença de que os outros estarão disponíveis caso haja necessidade de ajuda constitui uma estratégia de sobrevivência que incentiva o idoso a tentar a resolução de seus problemas com independência⁽²⁾. A experiência de passar positivamente por uma situação de estresse sem a intervenção direta de outras pessoas, mas acreditando que terá ajuda caso seja necessário, pode ser uma forma extremamente eficaz na promoção de sentimentos de bem-estar, pois está ligado ao sentimento de auto-eficácia⁽³⁰⁾.

A definição de “cuidado” é considerada complexa e pode ser feita a partir de inúmeras perspectivas na literatura⁽³¹⁾.

Watson⁽³²⁾ definiu o cuidado como um valor e uma atitude que tem de se tornar uma vontade, uma intenção, ou um compromisso que se manifesta em atos concretos (p.32)[†].

Leininger⁽³³⁾ define o cuidado como ações e atividades voltadas para a assistência, apoio, ou o como o fato de permitir que outro indivíduo ou grupo com necessidades evidentes ou antecipadas melhorem ou aperfeiçoem uma condição humana ou modo de viver, ou de encarar a morte (p.46)[‡].

O cuidado pode ser identificado em toda a sociedade e em uma infinidade de formas. O cuidado informal prestado ao idoso é não remunerado, realizado sem conhecimento científico prévio e é baseado em uma relação pré-existente entre o idoso e o cuidador. No entanto, mesmo a distinção entre cuidados formais e informais não é algo simples. Alguns parentes são pagos para a realização dos cuidados diários, assim como algumas pessoas iniciam esta tarefa e, com o desenvolvimento da habilidade de cuidar, passam a compartilhar o trabalho com aqueles que fazem parte do sistema formal. Quando ele é realizado em âmbito familiar, revela uma complexa questão social que considera histórias pessoais e condições específicas⁽³⁴⁾.

Em geral, espera-se que os cuidados informais oferecidos aos idosos em condição de dependência sejam providos por mulheres casadas ou filhas. Para a mulher isso acontece de forma natural, como parte de suas atribuições, e, na maioria das vezes, estas não apresentam nenhum preparo ou qualificação para exercer esta atividade⁽³⁵⁾.

[†] Livre tradução da autora.

[‡] Livre tradução da autora.

Além disso, parece natural a percepção de que os filhos devem cuidar de seus pais idosos, sendo esta ideia fortemente influenciada por aspectos culturais e pela religião⁽³⁶⁾.

Políticas de cuidados formais, especialmente os de instituições de longa permanência, não constituem uma prática comum nos países em desenvolvimento. Consequentemente esta tarefa tem recaído sobre as famílias, resultando muitas vezes em co-residência. Trata-se de uma forma importante de transferência de apoio entre pais e filhos, pois reflete, muitas vezes, necessidades de ambas as gerações⁽³⁷⁾.

Para Saad⁽³⁸⁾, o apoio intergeracional, ou seja, a relação de troca, ajuda mútua e solidariedade existente entre idosos e família é o principal fator que tem assegurado a sobrevivência dos idosos nas idades mais avançadas. Ao longo dos últimos anos, no entanto, o cuidado em âmbito familiar nos países mais desenvolvidos foi gradativamente sendo transferido ao setor público, reduzindo o papel central da família como suporte básico aos idosos. Esse não é o caso, porém, da maioria dos países menos desenvolvidos, pois, devido às deficiências do setor público, a família continua representando fonte principal e única de assistência para grande parte da população idosa.

Assim, de forma paralela ao processo de envelhecimento populacional que se intensifica no Brasil, consolida-se também uma conjuntura restritiva à transferência de ajuda de filhos adultos a pais idosos⁽³⁸⁾. As políticas atuais de atenção ao idoso defendem o domicílio como o melhor local onde este permanecer, junto à família, possibilitando a manutenção de sua autonomia, identidade e dignidade⁽³⁹⁾. Exemplo disso é a Política Nacional do Idoso⁽⁴⁰⁾, reforçada pelo Estatuto do Idoso⁽⁴¹⁾ e Política Nacional de Saúde do Idoso⁽⁴²⁻⁴³⁾ que, além de incentivarem o cuidado aos idosos em domicílio, ressaltam o apoio e a instrumentalização de cuidadores informais.

Se por um lado a implantação da Estratégia de Saúde da Família no Brasil tem por objetivo ampliar o acesso da população aos cuidados de saúde e resgatar o espaço domiciliar como ambiente terapêutico⁽⁴⁴⁾, além de poder reduzir custos hospitalares e humanizar as práticas de saúde, de outro, a situação de dependência do idoso em relação à família começa a tornar-se também motivo de especial preocupação na saúde pública, pois a família pode se tornar vulnerável a todas as tranformações e dificuldades vividas no processo de cuidar de um idoso dependente de cuidados⁽³⁸⁾.

Não raramente, as conseqüências da crise econômica têm levado um número crescente de filhos adultos a se tornarem, invariavelmente, dependentes dos recursos de seus pais idosos, da casa própria do idoso ou mesmo de seus rendimentos, que estariam se transformando muitas vezes em única fonte de renda familiar⁽³⁸⁾.

No que diz respeito ao cuidado, Andrade e De Vos⁽⁴⁵⁾ apontam que a incapacidade física e a pobreza são condições associadas ao arranjo familiar. Neste estudo, realizado a partir dos dados do PNAD de 1998, foi encontrado que aproximadamente 17% das idosas que não conseguiam realizar as suas atividades básicas de vida diária (ABVD's), como se alimentar, passaram a residir na casa de seus filhos. Em condições de pobreza o arranjo familiar é realizado de modo que o familiar acolhedor tenha melhores recursos para suprir as necessidades dos demais, assim, além dos idosos passarem a residir com seus filhos, estes também mudam-se para a casa dos pais.

Assim, em teoria, estes idosos estariam amparados em caso de necessidade de cuidados, da mesma forma que os filhos estariam se favorecendo com a renda dos pais idosos e com a ajuda das suas mães idosos no cuidado com os netos, por exemplo⁽⁴⁶⁾. Era de se esperar, portanto, que os idosos que ajudam seus filhos

financeiramente, com a criação dos netos ou cedendo sua moradia aos filhos, tivessem expectativa de cuidado para a realização de alguma AVD. No entanto, conforme afirmam Lloyd-Sherlock⁽⁴⁷⁾ e Saad⁽³⁸⁾, os arranjos multigeracionais ou um número maior de pessoas morando juntas não necessariamente significam ou garantem maior suporte aos idosos.

A pesquisa Eurobarometer mostrou que tanto as preferências quanto às expectativas dos idosos são de serem cuidados nos seus domicílios por seus familiares. Isto foi declarado por 45% dos respondentes. Em segundo lugar foi o cuidado domiciliar exercido por um profissional⁽⁴⁸⁾.

A co-residência, portanto, parece estar associada a melhores condições de vida aos membros das famílias, oferecendo benefícios para idosos e filhos. No entanto, a existência dos aspectos positivos desta relação depende dos níveis socioeconômicos, das políticas sociais e não apenas das características individuais e preferências. Ou seja, depende, por exemplo, de um sistema previdenciário que consiga suprir as necessidades das famílias e dos idosos dependentes de cuidados⁽⁴⁶⁾.

Apesar disso, o estudo multicêntrico intitulado *Bupa Health Pulse* (BHP)⁽⁴⁹⁾, conduzido por pesquisadores da Universidade *London School of Economics* (LSE), que teve por objetivo examinar as percepções e atitudes de mais de 12.000 pessoas de 12 países, constatou que, no Brasil, o cuidado informal realizado por familiares cuidadores está lentamente se reduzindo devido a mudanças sociais e econômicas. O relatório revela que a população mundial está diante de uma 'crise global de cuidados', para a qual os países não estão preparados. Este quadro terá impacto em todas as sociedades ao redor do mundo, a menos que os indivíduos e os Estados comecem a se preparar para isso.

O estudo mostrou que no Brasil, Índia, México, Itália, Espanha e França, as pessoas tem maior dependência do apoio da família, sendo os brasileiros os que mais apresentam expectativa de suporte para o cuidado. Três em cada quatro brasileiros entrevistados disseram esperar que sua família os ampare na velhice. Atribui-se menos ao Estado o papel principal no sustento das pessoas idosas. Assim como nos Estados Unidos, Alemanha e Índia, menos de 10% dos brasileiros acreditam que a responsabilidade maior no cuidado de idosos é do Estado. Na China e Grã-Bretanha, mais de 25% dos entrevistados esperam que o Estado os sustente na velhice.

Conclui-se com o BUPA que será cada vez mais difícil contar com as redes de cuidados informais no futuro por conta das reduções significativas no número de cuidadores informais, por mudanças no papel das mulheres na sociedade, aumento da participação da mulher no mercado de trabalho, aumentos nas taxas de divórcio e no número de famílias unipessoais, padrões de migração e as reduções nas taxas de coabitação entre as gerações⁽⁴⁹⁾.

A diminuição da disponibilidade de cuidados informais vai exigir um novo consenso sobre a partilha de contribuições para o cuidado de pessoas idosas entre grupos da sociedade. Para os autores do relatório BHP, um acordo na sociedade será necessário sobre a divisão de responsabilidades, agora e no futuro sobre o financiamento e a prestação de cuidados aos idosos necessitados. A sociedade terá de acordar o modo de financiar e prestar cuidados e apoio para os idosos no futuro⁽⁴⁹⁾.

Frente às dificuldades enfrentadas pelas famílias, é necessário considerar ainda os custos de serviços de cuidados de longa permanência, caso esta fosse uma opção para o idoso. No Brasil e na maioria dos países, o custo de uma instituição de longa permanência é muito alto.

1.3. Fatores relacionados à necessidade de cuidados em idosos

O rápido crescimento da população longeva no Brasil e no mundo reflete avanços importantes relacionados principalmente às áreas de saúde e social. Em contrapartida, passa a ser motivo de preocupação, pois têm sido evidenciadas deficiências graves em setores diretamente relacionados à proteção social e de cuidados à saúde do idoso⁽⁵⁰⁾.

Sabe-se que o envelhecimento é um processo natural que traz mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma particular cada indivíduo com sobrevivência prolongada, provocando alterações e desgastes em vários sistemas funcionais, que ocorrem de forma progressiva e irreversível. O momento em que estas transformações ocorrem, quando passam a ser percebidas e como evoluem, diferencia-se de um indivíduo para o outro. Entretanto, com o passar da idade as limitações visuais, auditivas, motoras e intelectuais, bem como o surgimento de doenças crônicas não infecciosas intensificam-se, ocasionando a dependência nas atividades de vida diária (AVD's)⁽⁵¹⁾.

Um dos fenômenos que pode vir a se sustentar sobre a vulnerabilidade própria da velhice é a fragilidade, estado em que o idoso apresenta alto risco para quedas, hospitalização, incapacidade, institucionalização e morte⁽⁵²⁾.

Estudiosos têm debatido sobre este fenômeno, destacando-se duas linhas teóricas: o modelo de fragilidade desenvolvido nos Estados Unidos pelo grupo de pesquisa de Linda Fried⁽⁵²⁾, compreendido como um fenótipo de fragilidade essencialmente clínico, com componentes passíveis de mensuração; e o modelo conduzido no Canadá pelo grupo de pesquisa de Kenneth Rockwood⁽⁵³⁾, que salienta a etiologia complexa deste fenômeno, envolvendo a história de vida do idoso, associado a múltiplos fatores de natureza social, cultural, psicológica, dentre outros.

É consenso que a fragilidade pode ter impacto importante na vida de idosos e seus familiares, bem como sobre os sistemas de saúde e a sociedade em geral. Há um aumento significativo do número de trabalhos internacionais publicados sobre o tema e a criação de muitos modelos, definições e critérios para esta síndrome nos últimos 25 anos, além da busca por identificar os grupos de risco para o desenvolvimento de fragilidade. No entanto, ainda não há consenso sobre sua definição ou sobre quais critérios devem estar presentes em idosos considerados frágeis^(52,54-61).

No modelo de Linda Fried, a fragilidade é definida como uma síndrome caracterizada pela diminuição das reservas energéticas e pela resistência diminuída aos agentes estressores, resultando em declínio cumulativo dos sistemas fisiológicos, causando vulnerabilidade a condições adversas^(52,62).

A partir destes preceitos elaborou-se um fenótipo de fragilidade composto por cinco critérios: perda de peso não intencional no último ano, exaustão, lentidão, fraqueza muscular e baixo nível de atividade física. Para ser considerado frágil, o idoso deve apresentar três ou mais critérios do fenótipo. A presença de um ou dois critérios caracteriza pré-fragilidade, dado grande risco de o idoso desenvolver a síndrome da fragilidade.

Autores encontraram relações entre fragilidade e a idade. Cerca de 3 a 7% dos idosos com idade superior a 65 anos são frágeis, sendo que aumenta para cerca de 20 a 26% nos idosos acima de 80 anos e para 32% naqueles com idade superior a 90 anos⁽⁵²⁾. Além da idade, Ferrucci et al.⁽⁶³⁾ encontraram associação positiva entre o risco de fragilidade e o gênero feminino, baixo nível socioeconômico, antecedentes de doença isquêmica cardíaca, diabetes *mellitus*, fratura de quadril, doença pulmonar obstrutiva crônica, osteoartrite, acidente vascular encefálico e depressão.

São muitas as interpretações do fenômeno da fragilidade. Porém, independentemente de sua definição, os autores concordam quanto à importância de se estudar este tema, tendo em vista o desenvolvimento e a implantação de estratégias que visem preservar a saúde e o bem-estar dos idosos passíveis de se tornarem frágeis ou recuperar aqueles em que a fragilidade já está instalada.

O idoso frágil tem maior risco de se tornar dependente nas AVD's. Da mesma forma, a frequência das doenças crônicas, a longevidade e a falta de apoio social e em saúde também podem prejudicar a independência funcional do idoso⁽⁶⁴⁻⁶⁵⁾, de maneira que cerca de 40% dos indivíduos com idade igual ou maior que 65 anos precisam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma atividade instrumental de vida diária (AIVD), tais como fazer compras e preparar refeições. Cerca de 10% requer auxílio para realizar tarefas básicas, tais como tomar banho, vestir-se e ir ao banheiro⁽⁶⁶⁾.

Não há como falar em funcionalidade na velhice sem abordar as diferenças de tal condição entre os gêneros⁽⁶⁷⁾.

O Estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento) realizado na cidade de São Paulo aponta que a diferença de gênero não está apenas no número de anos vividos, mas também da forma com que vivem estas idosas. Com o avançar da idade, estas se tornam viúvas e muitas delas vivem sozinhas, e são elas que apresentam menor escolaridade e pior desempenho físico. O estudo aponta ainda que os homens mais longevos detêm menor chance de incapacidade, e que a escolaridade tem pouca ou nenhuma influência sobre este aspecto, ao contrário da variável renda como fator protetor, de forma a aumentar a probabilidade de sobrevivência sem incapacidade⁽⁶⁸⁾.

Estas são importantes características da população idosa de São Paulo que viabilizam o planejamento de intervenções voltadas às principais necessidades deste

grupo etário. Mas além de dados objetivos em saúde, os dados subjetivos também têm se mostrado como marcadores de pior estado de saúde e têm sido considerados preditores de mortalidade na população idosa, pois os indivíduos que relatam condições de saúde escassa ou pobre têm riscos de mortalidade consistentemente mais altos que aqueles que reportam melhor estado de saúde⁽⁶⁹⁾.

O Estudo SABE, em sua primeira fase de coleta de dados, revela que 53,8% dos idosos consideram sua saúde “regular” ou “má” e 46,2% como “excelente”, “muito boa” ou “boa”⁽⁷⁰⁾. Estas avaliações variam de acordo com o gênero e a idade do idoso. Ou seja, a auto-avaliação “muito boa” ou “boa” cai para 43,2% entre aqueles que têm 75 anos e mais. E entre gêneros, a mulher tem pior auto-avaliação da saúde em todos os países do Estudo SABE, sendo entre as de 75 anos e mais, a mais baixa - 42,9% de “muito boa” ou “boa” na cidade de São Paulo.

Baixos índices de escolaridade também estão associados à pior avaliação de saúde, sendo que os idosos sem escolaridade têm uma avaliação de “regular” ou “má” 1,2 vezes maior que aqueles com 7 a 12 anos de estudo e a mulher sem escolaridade ultrapassa o homem, nas mesmas condições, em 6,7%⁽⁷⁰⁾.

Outras condições que indicam pior avaliação de saúde são a baixa renda e presença de incapacidades. Melhor avaliação de saúde está associada aos idosos que moram só, o que talvez indique que eles estão realmente em melhores condições e conseguem viver sozinhos⁽⁷⁰⁾.

No que diz respeito ao risco de maior dependência, mais importante que a avaliação da presença de doenças, sinais clínicos ou, até mesmo, questões biomecânicas, parece estar a capacidade dos idosos em vivenciar as atividades cotidianas sem a necessidade de auxílio⁽⁷¹⁾. Assim, é essencial avaliar o impacto de tais doenças no desempenho, de forma autônoma e independente, das atividades cotidianas dos idosos. É possível então identificar quais demandas assistenciais

decorrem da presença destas limitações, a fim de se delinear um planejamento assistencial mais adequado a estes indivíduos⁽⁷²⁾.

Na Rede FIBRA de Campinas, os idosos foram questionados quanto à necessidade de ajuda para a realização das ABVD's e AIVD's e sobre a expectativa de cuidado para estas atividades⁽⁷³⁾, tendo sido este o foco do presente estudo. Entende-se que assim seria possível verificar, por um lado, o grau de limitação apresentado pelos idosos e o auxílio que ele avalia estar disponível para compensá-lo.

A falta de apoio para realização destas atividades demonstra, indiretamente, o sofrimento vivenciado por essas pessoas que, necessitando de ajuda, não a encontram⁽⁷²⁾. Uma parcela significativa dos idosos nas regiões menos desenvolvidas passa então a depender parcial ou exclusivamente do apoio informal prestado principalmente pela família⁽⁵⁰⁾.

Para Duarte e Barros⁽⁷⁴⁾, é importante haver um equilíbrio entre as necessidades e as exigências mínimas dos idosos e a capacidade assistencial disponível para atendê-las (em âmbito familiar ou coletivo).

2. Objetivos

O presente estudo teve por objetivos:

- Comparar a expectativa de suporte para o cuidado, arranjo de moradia e variáveis relacionadas à saúde, em função de gênero e faixa etária de idosos da comunidade.
- Identificar as variáveis associadas à ausência de expectativa de suporte para o cuidado em idosos da comunidade.

3. Casuística e Método

O presente estudo foi realizado a partir dos dados da cidade de Campinas-SP contidos no banco eletrônico da Rede de Pesquisa sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros (Rede FIBRA). Esta Rede é composta por grupos de pesquisas de Universidades dos estados de São Paulo, Minas Gerais e do Rio de Janeiro que coordenam esta pesquisa multicêntrica, populacional, de corte transversal, envolvendo cerca de 8.000 idosos residentes na zona urbana de cidades localizadas de norte a sul do país, com base nos dados do IBGE/PNAD e prefeituras dos municípios participantes[§].

Esta Rede é dedicada ao estudo do fenômeno de fragilidade na população idosa brasileira e de suas relações com variáveis sociodemográficas, status cognitivo, saúde física, saúde bucal, hábitos de vida, utilização de serviços de saúde, independência para o desempenho das AVD's, expectativa de suporte para o cuidado, suporte social, sintomas depressivos, satisfação, experiência de eventos estressantes e significados atribuídos à velhice bem sucedida. As informações descritas a seguir foram extraídas de Neri et al.⁽⁷⁵⁾.

[§] O CNPq apoiou os quatro pólos da Rede FIBRA, mediante convênios específicos. O de Campinas teve o nº 555082- 2006-7.

3.1. Amostragem, recrutamento e participantes

Para compor a amostra de Campinas-SP utilizou-se da técnica de amostragem probabilística simples dos setores censitários urbanos da cidade (N=835). Foram sorteados 90 setores censitários, dos quais foram percorridos 88. Destes, 72,4% foram recrutados por agentes comunitários de saúde, 10,7% por estudantes universitários, 10,6% por agentes pastorais e religiosas e 6,3% por profissionais de instituição de lazer e educação permanente.

3.2. Procedimento

Os idosos foram convocados em suas respectivas residências por recrutadores treinados e foram então encaminhados para uma sessão única de coleta de dados, realizada em local público e de fácil acesso, no próprio bairro em que moravam.

Conforme estipulado por Fried et al.⁽⁵²⁾, os critérios de inclusão no estudo foram: ter idade igual ou superior a 65 anos, compreender as instruções, concordar em participar e ser morador permanente no domicílio e no setor censitário. Os recrutadores foram orientados a considerarem inelegíveis para a pesquisa, conforme estipulado por: Ferrucci et al.⁽⁶³⁾: a) presença de problemas de memória, atenção, orientação espacial e temporal, e de comunicação, sugestivos de grave déficit cognitivo; b) incapacidade permanente ou temporária para andar, permitindo-se o uso de bengala ou andador, mas não de cadeira de rodas; c) perda localizada de força e afasia decorrentes de grave Acidente Vascular Encefálico; d) comprometimentos graves da motricidade, da fala ou da afetividade associados à doença de Parkinson em estágio avançado ou instável; e) déficits de audição ou de visão graves dificultando fortemente a comunicação, e f) idosos em terminalidade. Para o presente estudo, incluiu-se como um critério de inclusão o fato do idoso ter respondido às questões relacionadas às variáveis de interesse.

A coleta de dados começou em setembro de 2008, com término em junho de 2009, e a amostra contou com 900 idosos. Todos os idosos participaram de uma sessão de coleta de dados de 40 a 120 minutos de duração, a qual foi realizada por uma equipe composta por cinco ou seis pessoas treinadas. A sessão começava com a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Anexo 1), em formato aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, mediante o parecer 208/2007 (Anexo 2 e 3), e pela

coordenadora do FIBRA Pólo Unicamp (Anexo 4). Seguiam-se os questionários de identificação e de dados sociodemográficos, o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)⁽⁷⁶⁻⁷⁷⁾, medidas de pressão arterial e antropométricas, coleta de sangue, exame bucal e as medidas do fenótipo de fragilidade – força de preensão, velocidade da marcha, fadiga, perda de peso e inatividade física –, conforme definição de Fried et al.⁽⁵²⁾. Essas medidas integravam a primeira parte do protocolo da pesquisa.

O desempenho superior à nota de corte obtido no MEEM foi adotado para participação dos idosos nas demais medidas, em uma segunda parte do protocolo, conforme Neri et al.⁽⁷⁵⁾.

No final da sessão foi oferecido aos participantes um livreto sobre saúde na velhice e orientações gerais sobre cuidados à saúde em idosos. A duração média das sessões foi de 1h 45min. Após a coleta de dados, os protocolos foram encaminhados a uma equipe controle e de digitação.

3.3. Instrumentos e medidas

O protocolo para coleta de dados do Estudo FIBRA Campinas foi dividido em blocos, conforme segue^{**}: A. Identificação pessoal e controle dos registros; **B. Variáveis sociodemográficas (Anexo 5)**; C. Status mental; D. Pressão arterial; E. Medidas antropométricas; **F. Medidas de fragilidade (Anexo 6)**; **G. Saúde física (Anexo 7)**; H. Acesso a serviços médicos e odontológicos nos últimos 12 meses; I. Saúde bucal e condições funcionais da alimentação; **J. Independência funcional para AAVD's, AIVD' e ABVD's e Expectativa de cuidado para AIVD's e ABVD's (Anexo 8)**; L. Suporte social percebido; M. Sintomas depressivos; N. Satisfação com a vida; O. Experiência de eventos estressantes; Conceito de felicidade.

Seguem as definições e classificação operacional das variáveis de interesse para o presente estudo⁽⁷⁵⁾.

3.3.1. Variáveis sociodemográficas

3.3.1.1. Gênero: variável independente, nominal, obtida por meio do auto relato do idoso, caracterizado neste estudo pelas opções feminino (2) e masculino (1).

3.3.1.2. Idade: trata-se de uma variável independente, numérica e contínua, obtida por meio do auto relato do idoso na data da entrevista (número de anos) e que foi posteriormente agrupada nas seguintes categorias: 65-74; 75 e mais anos.

3.3.1.3. Arranjo de moradia: variável independente e nominal sobre com quem o (a) idoso (a) reside, tendo como opções de resposta “sim (1)” ou “não (2)” para cada uma das seguintes questões: sozinho; com o marido / mulher/ companheiro; com o(s) filho(s) ou enteado(s); com o(s) neto(s); bisneto(s); outro(s) parente(s); outro(s) (amigo, empregado, etc.). Para o presente estudo, os resultados foram categorizados em “reside só” e “reside acompanhado”.

^{**} Negrito da autora. Blocos utilizados no presente estudo.

3.3.2. Variáveis relacionadas à saúde

3.3.2.1. Doenças auto-relatadas: variável independente, nominal, obtida perguntando-se ao idoso se algum médico já havia diagnosticado alguma(s) das doenças listadas nos últimos 12 meses. Para cada doença, marcou-se: “sim”, “não” ou “não respondido”, sendo marcadas todas as que fossem citadas. Se fosse necessário a pergunta era reforçada usando termos correntes no contexto do idoso ou regionalismos. Posteriormente as respostas “sim” foram categorizadas em 0-2; 3 e mais doenças.

3.3.2.2. Independência funcional (capacidade para realização de AVD's) e expectativa de cuidado para AIVD' e ABVD's: variável independente que avalia as atividades que o idoso consegue fazer sozinho ou é dependente de ajuda para realização (AIVD's e ABVD's); parou de fazer, ainda faz ou nunca fez (atividades avançadas de vida diária) (AAVD's).

As AAVD's consistem em tarefas recreativas, produtivas e sociais de maior complexidade tais como, dirigir carro, dançar, viajar, fazer ou receber visitas, participar de trabalhos voluntários, ir à igreja ou eventos sociais, entre outras. Trata-se de uma variável categórica e numérica que foi avaliada pedindo-se ao idoso que ele dissesse “nunca fez”, “parou de fazer” ou “ainda faz” para as atividades listadas. Caso não respondesse a alguma das questões, marcou-se “não respondido”⁽⁷⁸⁻⁸¹⁾. Considerou-se para as análises as atividades que os idosos haviam “deixado de fazer”.

As AIVD's representam o segundo nível de hierarquia da capacidade funcional. Englobam as funções que possibilitam vida independente na comunidade e no gerenciamento de atividades domésticas. São exemplos de AIVD's: uso de transporte, fazer compras, preparar alimentos, realizar tarefas domésticas, manejo de dinheiro e uso de medicação. Trata-se de uma variável categórica e numérica

avaliada a partir da seguinte instrução dada ao idoso: “Agora eu vou perguntar sobre a sua independência para fazer coisas do dia-a-dia. Gostaria que me dissesse se é totalmente independente, se precisa de alguma ajuda ou se precisa de ajuda total para fazer cada uma das seguintes coisas:”. A partir dessa instrução, seguiram-se as questões ⁽⁸²⁻⁸³⁾. Considerou-se nas análises as questões em que os idosos haviam recebido ajuda ou eram dependentes para realizá-las.

As ABVD's representam as atividades relacionadas ao autocuidado, tais como a alimentação e higiene. Variável categórica e nominal. Para sua avaliação, foi dada a instrução contida no protocolo: “Vou continuar lhe perguntando sobre a sua independência para fazer coisas do dia-a-dia. Gostaria que me dissesse se é totalmente independente, se precisa de alguma ajuda ou se precisa de ajuda total para fazer cada uma das seguintes coisas:”. A partir dessa instrução, seguiam-se as questões ⁽⁸⁴⁻⁸⁵⁾. Considerou-se nas análises as questões em que os idosos haviam recebido ajuda ou eram dependentes para realizá-las.

3.3.2.3. Saúde percebida: variável independente, categórica e ordinal em que (a) idoso (a) foi convidado (a) a realizar uma avaliação subjetiva sobre sua saúde no momento atual. As alternativas de respostas foram escalares, em ordem decrescente (variando de “muito boa” a “muito ruim”) ⁽⁷⁵⁾.

3.3.2.4. Medidas de fragilidade: a fragilidade é um constructo dependente da soma de cinco critérios, onde cada medida é transformada em uma variável dicotômica - (1) pontuou e (0) não pontuou. A soma de um ou dois critérios o idoso é considerado pré-frágil, e de três a cinco critérios, frágil ⁽⁵²⁾. Trata-se de uma variável independente no presente estudo.

A. Perda de peso não intencional: trata-se de uma variável dicotômica, onde o idoso foi questionado sobre a ocorrência de perda de peso não intencional nos

últimos 12 meses: “sim” (1) ou “não” (0). Em caso afirmativo, era perguntado quantos quilos (Kg) ele perdeu (variável numérica e contínua).

B. Nível de atividade física: variável categórica e numérica obtida por meio de medidas de auto relato sobre a frequência semanal e a duração diária de exercícios físicos e de atividades domésticas e sobre a manutenção dessas atividades nos últimos 15 dias, nos últimos 3 meses e nos últimos 12 meses. Ao todo são 30 itens dicotômicos e de resposta estruturada, com base no *Minnesota Leisure Activity Questionnaire*⁽⁸⁶⁻⁸⁷⁾, adaptado para esta pesquisa⁽⁷⁵⁾. Ao final foi calculado o gasto metabólico semanal (em kcal), com base no valor de cada atividade em equivalentes metabólicos (MET's)⁽⁸⁸⁾.

C. Fadiga: variável categórica e ordinal, obtida por meio de duas perguntas escalares, com quatro possibilidades de resposta cada uma, relacionadas à frequência as situações descritas relacionadas à sensação de fadiga que aconteceram na semana anterior à entrevista. Os idosos respondiam sobre uma escala de 4 pontos: 1.Nunca/raramente, 2.Poucas vezes, 3.Na maioria das vezes, 4.Sempre.

A primeira pergunta era: “Sentiu que teve que fazer esforço para fazer suas tarefas habituais?”. A segunda era: “Não conseguiu levar adiante suas coisas?”. Os itens foram o 7 e o 20 do *Center for Epidemiological Scale – Depression*⁽⁸⁹⁻⁹¹⁾.

D. Medida de força de preensão manual com o dinamômetro Jamar: variável numérica e contínua, avaliada por meio de um dinamômetro, modelo Jamar (fabricado pela *Lafayette Instruments*, Lafayette, IN, USA), na mão dominante do idoso. O teste foi realizado em posição sentada, sem apoio para os braços, com os pés apoiados no chão. O ombro foi aduzido, o cotovelo foi flexionado a 90º e o antebraço ficou em posição neutra, ou seja, com o polegar apontando para o teto.

Foi dado um comando verbal, no qual o idoso deveria manter a força de preensão no aparelho durante seis segundos, e, em seguida, relaxar a mão. Esse procedimento foi repetido três vezes, com intervalo de um minuto entre elas⁽⁷⁵⁾.

E. Medida de velocidade de marcha: trata-se de uma variável categórica e numérica, definida pelo tempo gasto para o idoso percorrer, em passo usual, a distância de 4,6 metros demarcados com fita adesiva. Estes valores resultaram do cálculo da média das três medidas de cada idoso que foram ajustadas por altura e sexo.

Antes de realizar efetivamente o teste, certificou-se de que o indivíduo entendeu corretamente o procedimento. Para tanto, fizeram-no andar confortavelmente no trajeto do teste por uma ou duas vezes e sentaram-no por alguns momentos antes de posicioná-lo para os testes⁽⁹¹⁻⁹²⁾.

Não existem normas ou pontos de corte de natureza universal para a classificação dos idosos conforme esses critérios. Estes são determinados para cada amostra de pesquisa. Segue a descrição dos cálculos das notas de corte da amostra de Campinas - SP para cada um dos critérios de fragilidade⁽⁵²⁾:

- Pontuaram para fadiga os idosos que responderam sempre ou quase sempre a qualquer pergunta sobre fadiga.
- Para a baixa força de preensão manual levou-se em consideração os 20% menores valores da distribuição das médias das três medidas realizadas, médias estas que foram ajustadas por sexo e IMC.
- Baixa velocidade ou lentidão da marcha foi indicada pelos 20% valores mais altos do tempo gasto pelos idosos para percorrer 4,6 metros. Estes valores

resultaram do cálculo da média das três medidas de cada idoso, que foram ajustadas por altura e sexo.

- O critério para classificar a amostra em ativos e sedentários, levando-se em conta a prática de exercícios, teve como base as recomendações do *American College of Sports Medicine* (ACSM) e da *American Heart Association* (AHA) quanto à duração, frequência, e intensidade dos exercícios aeróbios. Considerou-se ativo aquele que realizou pelo menos 150 minutos de exercícios de intensidade moderada, com pelo menos 30 minutos por dia, ou 120 minutos de exercícios de intensidade vigorosa por semana, sendo pelo menos 20 minutos por dia^(88,93).

Foram considerados frágeis os que pontuaram em três ou mais indicadores, pré-frágeis os que pontuaram em um ou dois e não frágeis os que não atenderam a nenhum dos critérios.

3.3.3. Expectativa de suporte para o cuidado

Trata-se da variável dependente do estudo. Na Rede FIBRA, esta variável foi chamada de “expectativa de cuidado”⁽⁷⁵⁾. Para a presente investigação, optou-se por intitulá-la como “expectativa de suporte para o cuidado”, de forma que assim ficasse mais claro o objeto de estudo. É considerada uma variável dicotômica e nominal e se refere à percepção do idoso sobre a presença ou ausência de alguém para ajudá-lo no desempenho das ABVD's e AIVD's caso venha a precisar. Foi questionado: “Caso precise ou venha a precisar de ajuda para realizar qualquer uma dessas atividades, o senhor(a) tem com quem contar?”. Em resposta afirmativa, era questionado sobre quem seria esta pessoa (esposa, filha, sobrinha e outros) (variável politômica). O idoso poderia responder com mais de uma opção. Em função da resposta, para o presente estudo as respostas afirmativas foram classificadas em uma, duas ou mais pessoas⁽⁷⁵⁾.

3.4. Análise dos resultados

Tendo em vista as variáveis de escolha, foram realizadas análises descritivas por meio de tabelas de frequência das variáveis categóricas, com valores de frequência absoluta (n) e distribuição relativa (%), e estatísticas descritivas das variáveis numéricas, com valores de média, desvio padrão, valores mínimo e máximo, mediana e quartis.

Para comparação das principais variáveis categóricas entre gêneros, faixas etárias e expectativa de suporte para o cuidado foram utilizados os testes Qui-Quadrado ou exato de Fisher (para valores esperados menores que 5).

Para estudar os fatores associados com a expectativa de suporte de cuidado foi utilizada a análise de regressão logística univariada e multivariada, com critério *Stepwise* de seleção de variáveis. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $p < 0.05$.

Por ter sido feita a opção pela apresentação dos resultados sob a forma de manuscritos para publicação, seu formato ora apresentado atende às exigências dos periódicos aos quais os dois trabalhos que compuseram o capítulo foram destinados. A estrutura geral obedece ao sistema de citação no texto (numerado em ordem de citação) e as referências bibliográficas respeitaram as normas do *International Committee of Medical Journal Editors*, conhecidas como “Normas do Grupo Vancouver”⁽⁹⁴⁾.

3.5. Aspectos éticos

No início da sessão os idosos eram informados sobre os objetivos da pesquisa, as condições em que ela iria ocorrer, a sua condição de voluntários, seu direito de não participar ou de abandonar a pesquisa a qualquer momento, seu direito ao sigilo sobre seus dados, sobre o fato de a pesquisa não oferecer riscos físicos ou psicológicos e de sua participação não ser remunerada. A seguir o entrevistador apresentava o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE) (Anexo 1) em formato aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, mediante o parecer 208/2007 (Anexo 2 e 3), e pela coordenadora do FIBRA Pólo Unicamp (Anexo 4).. A coordenadora do FIBRA polo Unicamp (Anexo 4) e o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FCM/Unicamp aprovaram a presente pesquisa (208/2007) (Anexos 2 e 3). Após a assinatura do TCLE, procedia-se a aplicação dos instrumentos.

4. Resultados

Os resultados serão apresentados em duas partes, sob a forma de manuscritos, que serão submetidos à publicação em periódicos com veiculação nacional e internacional. Foram elaborados à luz da Iniciativa STROBE⁽⁹⁵⁻⁹⁶⁾, que traz um modelo para a elaboração de estudos observacionais, objetivando contribuir para um relato mais adequado desses estudos e, conseqüentemente, facilitar a leitura crítica dessas publicações por parte de editores e leitores. Este modelo contém dezoito itens relacionados a informações que deveriam estar presentes em todos os tópicos dos artigos científicos que descrevem estudos observacionais.

Constam abaixo, portanto, os manuscritos referentes ao presente estudo.

4.1. Artigo 1: Expectativa de suporte para o cuidado e variáveis relacionadas em idosos da comunidade.

4.2. Artigo 2: Ausência de expectativa de suporte para o cuidado em idosos.

4.1. ARTIGO 1 - “Expectativa de suporte para o cuidado e variáveis relacionadas em idosos da comunidade^{††}”

Autores: Déborah Cristina de Oliveira^{‡‡}, Anita Liberalesso Neri^{§§}, Maria José D’Elboux^{***}

Categoria: Artigo original

Correspondência: Avenida Tessália Vieira de Camargo, 126 - Cidade Universitária "Zeferino Vaz", Distrito de Barão Geraldo - Campinas – SP, CEP: 13.083-887. Telefone/fax: (19) 3521-9098. (deborah5@fcm.unicamp.br).

^{††} Este estudo apresenta resultados parciais da Dissertação de Mestrado: “Expectativa de suporte para o cuidado em idosos da comunidade: Dados do FIBRA Campinas-SP”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp). Para o desenvolvimento do FIBRA Campinas-SP, houve financiamento do CNPQ.

^{‡‡} Enfermeira. Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, Brasil.

^{§§} Psicóloga. Livre-Docente. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, Brasil.

^{***} Enfermeira. Livre Docente. Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, Brasil.

RESUMO

Este estudo teve por objetivos comparar a expectativa de suporte para o cuidado, arranjo de moradia e variáveis relacionadas à saúde (doenças auto-relatadas, independência funcional e saúde percebida), em função do gênero e faixa etária em idosos de Campinas investigados na Rede de Pesquisa de “Fragilidade em Idosos Brasileiros” (Rede FIBRA) (n=671). As mulheres idosas encontram-se em piores condições sociodemográficas, de percepção de saúde, dependência e expectativa de suporte para o cuidado que homens idosos, e aquelas que têm expectativa, esperam receber ajuda de apenas uma pessoa. Os resultados direcionam o enfermeiro na identificação dos idosos em situação de risco para a falta de expectativa de suporte para o cuidado e indica a necessidade de intervenções que visem dar suporte a este grupo.

Descritores: apoio social, idoso, enfermagem.

Anticipated support for the community elderly care and related variables.

ABSTRACT

This study aimed to compare the anticipated support for care, arranging housing and health-related variables (self-reported illnesses, functional capacity and perceived health), depending on gender and age among the elderly in Campinas investigated in Network Search "Frailty in Elderly Brazilians' Network (FIBRA) (n = 671). The results indicate that older women find themselves in worse sociodemographic conditions, health perception, dependence and anticipated support for care than elderly men and those with positive anticipated support for care, hope to receive help just one person. The results direct the nurse to identify the elderly at risk for lack of anticipated support for care and indicates the need for policies aimed at supporting this group.

Key-words: social support, aged, nursing

Expectativa de apoyo para el cuidado de ancianos en la comunidad y variables relacionadas.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo comparar la expectativa de apoyo en el cuidado, la organización de la vivienda y las variables relacionadas con la salud (auto-reporte de las enfermedades, la capacidad funcional y la salud percibida), en función del sexo y la edad de los adultos mayores en Campinas investigados en la Red Buscar "La fragilidad en los ancianos brasileños de la red (FIBRA) (n = 671). Los resultados indican que las mujeres mayores se encuentran en peores condiciones socio-demográficas, la percepción de la salud, la dependencia y la expectativa de apoyo para el cuidado de que los hombres de edad avanzada y aquellos con expectativa, la esperanza de recibir ayuda para una sola persona. Los resultados directos de la enfermera para identificar a las personas mayores en situación de riesgo por falta de expectativa de apoyo en el cuidado e indica la necesidad de políticas de apoyo a este grupo.

Palabras clave: apoyo social, ancianos, enfermería

INTRODUÇÃO

As condições de saúde e bem estar na velhice tem diferentes desfechos de acordo com o gênero, idade, condições sociais e de moradia. Estas podem estar relacionadas à capacidade funcional e às percepções de saúde e cuidado em idosos⁽¹⁾.

A dependência funcional para realização das atividades de vida diária (AVD's) em idosos é normalmente gerada pela alta frequência de doenças crônicas, a longevidade e a falta de apoio social e em saúde⁽²⁾. A pior auto avaliação de saúde também tem se mostrado marcador de pior estado de saúde, maior dependência e preditora de mortalidade em idosos⁽³⁾. Há também diferenças de gênero para as condições sociais e de saúde e necessidade de cuidado entre idosos, sendo que grande parte das mulheres idosas mais longevas são viúvas e vivem sozinhas, sendo também elas quem apresentam menor escolaridade, são mais frágeis e tem pior desempenho físico⁽⁴⁾.

No atendimento às necessidades dos idosos, os sistemas de suporte social são essenciais, sendo divididos em formais e informais. Entende-se por sistema formal serviços do tipo hospitalar, instituições de longa permanência (ILPI) e atendimento domiciliar, por exemplo. Já o sistema informal ou rede de suporte social são as redes de relacionamentos entre membros da família, amigos, relações de trabalho, de inserção comunitária e de práticas sociais⁽⁵⁾. Neste contexto, consideradas as deficiências do setor público em relação ao apoio formal a idosos, a família continua representando fonte principal e única de assistência para grande parte da população idosa⁽⁶⁾.

A expectativa de suporte para o cuidado é uma forma de avaliação do suporte percebido pelo idoso, sendo definida como a crença que o idoso tem de que pessoas próximas proverão sua assistência futura caso haja necessidade. Esta avaliação subjetiva, quando positiva, representa um melhor mecanismo de enfrentamento do

estresse na velhice que o suporte de fato recebido pelos membros da rede de suporte social, sendo, portanto, considerado um fator de proteção no enfrentamento das adversidades e está relacionado ao sentimento de auto-eficácia em idosos mais longevos⁽⁷⁾.

Idosos com expectativa de suporte para o cuidado estão menos propensos à incapacidade funcional, pois a segurança de acreditar que o apoio estará disponível em caso de necessidade parece proporcionar benefícios funcionais para os adultos mais velhos. Além disso, ressalta-se a superioridade deste constructo em relação ao suporte recebido como forma de avaliação do suporte social em idosos⁽⁸⁾.

Em geral, espera-se que os cuidados informais oferecidos aos idosos dependentes sejam providos por mulheres casadas ou filha⁽⁹⁾. Além disso, é comum a percepção de que os filhos devem cuidar de seus pais idosos, sendo esta ideia fortemente influenciada por aspectos culturais e pela religião⁽¹⁰⁾. Embora as normas culturais e expectativas variem conforme a obrigação familiar ou filial, cuidar de um membro mais velho da família é muitas vezes visto no contexto de trocas da vida e da solidariedade familiar⁽¹¹⁾. Cônjuges, por exemplo, frequentemente mencionam o cumprimento de votos matrimoniais, enquanto filhos adultos falam de retribuir aos pais que se preocupavam com eles enquanto mais jovens.

Em estudo realizado com 1.005 idosos brasileiros⁽¹²⁾ foi constatado que o cuidado informal realizado por familiares cuidadores, com quem a maioria dos idosos espera contar na velhice, está lentamente deixando de existir à medida que aumentam as mudanças sociais e econômicas das famílias. A população mundial está diante de uma 'crise global de cuidados', podendo haver impacto em todas as sociedades, a menos que os indivíduos e governos comecem a se preparar para isso.

Na Rede de Pesquisa sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros (Rede FIBRA), grupo multicêntrico de estudos dedicados ao fenômeno de fragilidade de idosos da

comunidade, foi abordado o grau de dependência dos idosos para realização das AVD's e a expectativa de suporte para o cuidado, ou seja, a presença de alguém para ajudá-lo caso ele viesse a precisar, de forma a verificar o grau de limitação apresentado pelos idosos e o auxílio disponível percebido pelo idoso⁽¹³⁾.

Assim sendo, buscou-se comparar a expectativa de suporte para o cuidado, arranjo de moradia e variáveis relacionadas à saúde, em função do gênero e faixa etária, em idosos de Campinas-SP. Espera-se que os resultados aqui apresentados possam direcionar o enfermeiro na identificação de idosos em situação de risco, oferecendo subsídios para a elaboração de estratégias que busquem reduzir e até mesmo suprir as necessidades de cuidado do idoso e de sua família, e na busca por novos recursos de assistência.

MÉTODOS

Estudo transversal realizado a partir dos dados da cidade de Campinas, São Paulo, Brasil, obtidos na Rede de Pesquisa sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros (Rede FIBRA). A Rede tem por foco o estudo do fenômeno de fragilidade na população idosa brasileira e de suas relações com variáveis sociodemográficas, psicológicas, de saúde e cuidado⁽¹⁴⁾. Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 65 anos, compreender as instruções, concordar em participar e ser morador permanente no domicílio e no setor censitário. Foram considerados inelegíveis para a pesquisa: a) presença de problemas de memória, atenção, orientação espacial e temporal, e de comunicação, sugestivos de grave déficit cognitivo; b) incapacidade permanente ou temporária para andar, permitindo-se o uso de bengala ou andador, mas não de cadeira de rodas; c) perda localizada de força e afasia decorrentes de grave Acidente Vascular Encefálico; d) comprometimentos graves da motricidade, da fala ou da afetividade associados à doença de Parkinson em estágio avançado ou instável; e) déficits de audição ou de

visão graves dificultando fortemente a comunicação, e f) idosos em terminalidade. Para o presente estudo, incluiu-se como mais um critério de inclusão o fato do idoso ter respondido às questões relacionadas às variáveis de interesse.

A coleta de dados ocorreu de setembro de 2008 a junho de 2009, em uma sessão única de coleta de dados, com 40 a 120 minutos de duração, a partir da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido em formato aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (208/2007). Seguiam-se os questionários de identificação e de dados sociodemográficos, o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), medidas de pressão arterial e antropométricas, coleta de sangue, exame bucal e as medidas do fenótipo de fragilidade. O desempenho superior à nota de corte obtido no MEEM foi adotado para participação dos idosos nas demais medidas. As variáveis do presente estudo foram investigadas mediante as condições apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1. Caracterização operacional das variáveis. Campinas, 2012.

Variável	Questão	Tipo de variável	Alternativas de resposta	
Gênero	-	Independente, nominal.	Masculino; feminino	
Idade	-	Independente, numérica e contínua, posteriormente categorizada.	Registrados como variável contínua, tabulados em faixas de 65 a 74 anos e 75 anos e mais.	
Arranjo de moradia	“Com quem o senhor mora?”	Independente e nominal.	Assinalaram todas as que se aplicassem: sim; não. Em seguida, responderam às opções: sozinho; com o cônjuge; com filho; com neto; com bisneto; com outro parente; com pessoas de fora da família.	Para análise dos dados, foram criadas duas categorias: reside só; reside acompanhado.
Expectativa de suporte para o cuidado para realização das ABVD's e AIVD's	“Caso precise de ajuda para realizar qualquer uma dessas atividades o senhor tem com quem contar?”	Dependente, dicotômica e nominal.	Sim; não. Em caso afirmativo, perguntava-se quem seria a pessoa. O idoso marcava as alternativas correspondentes à sua realidade.	Se sim, classificou-se em: uma pessoa; duas ou mais pessoas.
Saúde percebida	“De modo geral, como o senhor avalia sua saúde no momento atual?”	Independente, categórica e ordinal.	Excelente; muito boa; boa; regular; muito ruim	
Doenças auto-relatadas	“Nos últimos 12 meses, algum médico disse que o senhor tem algum dos seguintes problemas de saúde?”		Independente e nominal, depois categorizada.	Para cada doença citada, respondeu: sim; não. Posteriormente a variável foi categorizada em 0-2; ≥ 3 doenças.
Independência funcional	AAVD's	“Qual é a sua relação com as seguintes atividades:”	Categórica e numérica	Para cada atividade: nunca fez; parou de fazer; ainda faz. Consideraram-se as atividades que haviam “deixado de fazer”
	AIVD's	“É totalmente independente, precisa de ajuda ou precisa de ajuda total para fazer cada uma das seguintes coisas:”	Categórica e numérica.	Totalmente independente; precisa de alguma ajuda; precisa de ajuda total. Consideraram-se as atividades que haviam “deixado de fazer”
	ABVD's	“É totalmente independente, precisa de ajuda ou precisa de ajuda total para fazer cada uma das seguintes coisas:”	Categórica e numérica.	Totalmente independente; precisa de ajuda; precisa de ajuda total. Consideraram-se as atividades que haviam “deixado de fazer”

Foi realizada análise descritiva de frequência das variáveis categóricas, com valores de frequência absoluta (n) e distribuição relativa (%), e estatística descritiva das variáveis numéricas, com valores de média, desvio padrão, mínimo e máximo. Para comparação das principais variáveis categóricas entre gênero e faixa etária foram utilizados os testes Qui-Quadrado ou Exato de Fisher. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%.

RESULTADOS

Dos 900 idosos que participaram da primeira fase de coleta de dados do Estudo FIBRA, 689 pontuaram acima da nota de corte para o MEEM e fizeram parte da segunda fase de coleta. Destes, 671 responderam a todas as questões de interesse do presente estudo e formaram então a amostra final descrita a seguir.

Os idosos eram em sua maioria mulheres (68,70%), com idade entre 65 e 90 anos, sendo a média (dp) de 72,31 (5,33) e a mediana de 72 anos. Mais da metade dos idosos (57,10%) tinham nenhuma, uma ou duas doenças. Destes, aproximadamente 11% tinha nenhuma doença. Cerca de 60% avaliaram sua saúde como “boa” ou “muito boa”.

De forma geral os idosos apresentam bom desempenho funcional, mantendo sua independência para a realização das AIVD's (74,14%) e ABVD's (89,47%). No entanto, 94,10% idosos apontaram pelo menos uma AVD comprometida e 92,23% deixaram de realizar pelo menos uma AAVD. Grande parte reside com alguém (83,91%) e relatou ter expectativa de suporte para o cuidado (89,12%), sendo que 44% esperam receber cuidados de uma pessoa, e número semelhante de idosos espera de duas ou mais pessoas.

Ao comparar as variáveis de interesse em função do gênero, maior número de mulheres moram sozinhas (20,52%) e tem maior número de doenças (49,02%). Quando comparadas aos homens, tem maior número de incapacidades em ABVD's (12,42%) e pior avaliação da própria saúde (7,39%) (Tabela 1).

Tabela 1. Análise comparativa das variáveis de interesse do estudo em função do gênero (n=671). Campinas, SP, Brasil, 2008-2009.

Variável	Gênero – n (%)		p-valor
	Masculino n=210 (100%)	Feminino n=461 (100%)	
Idade			
65-74	152 (72,38)	312 (67,68)	0,221
≥75	58 (27,62)	149 (32,32)	
Arranjo de moradia			
Só	13 (6,28)	94 (20,52)	<0,001
Acompanhado	194 (93,72)	364 (79,48)	
Expectativa de suporte para o cuidado			
Sim	196 (93,33)	402 (87,20)	0,018
Não	14 (6,67)	59 (12,80)	
- Número de pessoas			
Ausência de expectativa	14 (6,80)	59 (12,85)	<0,001
1	78 (37,86)	215 (46,84)	
≥ 2	114 (55,34)	185 (40,31)	
Número de doenças			
0-2	147 (70,67)	235 (50,98)	<0,001
≥3	61 (29,33)	226 (49,02)	
Saúde Percebida			
Ruim e muito ruim	5 (2,42)	34 (7,39)	0,040
Regular	76 (36,71)	160 (34,78)	
Boa e muito boa	126 (60,87)	266 (57,83)	
Incapacidade			
- Para ABVD			
Nenhuma atividade	193 (93,69)	402 (87,58)	0,018
≥ 1	13 (6,31)	57 (12,42)	
- Para AIVD			
Nenhuma atividade	156 (75,36)	337 (73,58)	0,627
≥ 1	51 (24,64)	121 (26,42)	
- Para AAVD			
Nenhuma atividade	9 (4,41)	42 (9,29)	0,031
≥ 1	195 (95,59)	410 (90,71)	
- Incapacidade geral			
Nenhuma atividade	7 (3,38)	32 (7,05)	0,064
≥ 1	200 (96,62)	422 (92,95)	

O percentual de homens que deixou de realizar alguma AAVD (95,59%) foi maior que o de mulheres, assim como a expectativa de suporte para cuidado esteve mais presente nos homens (93,33%). O número de pessoas de quem espera receber cuidados em caso de necessidade também foi maior entre os homens (55,34%), sendo que grande parte das mulheres espera receber ajuda de apenas uma pessoa (46,84%).

Na comparação das mesmas variáveis em função das faixas etárias, encontrou-se que 22,55% dos idosos mais velhos vivem sozinhos e tem incapacidade para as AIVD's (35,96%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Análise comparativa das variáveis de interesse do estudo em função da faixa etária (n=671). Campinas, SP, Brasil, 2008-2009.

Variável	Faixa Etária - n (%)		p-valor
	65 - 74 anos n=461 (100%)	≥ 75 anos n=204 (100%)	
Arranjo familiar			
<i>Só</i>	61 (12,23)	46 (22,55)	0,003
<i>Acompanhado</i>	400 (86,77)	158 (77,45)	
Expectativa de suporte para o cuidado			
<i>Sim</i>	415 (89,44)	183 (88,41)	0,691
<i>Não</i>	49 (10,56)	24 (11,59)	
- Número de pessoas			
<i>Ausência de expectativa</i>	49 (10,65)	24 (11,71)	0,918
<i>1</i>	204 (44,35)	89 (43,41)	
<i>≥ 2</i>	207 (45,00)	92 (44,88)	
Número de doenças			
<i>0-2</i>	260 (56,03)	122 (59,51)	0,402
<i>≥ 3</i>	204 (43,97)	83 (40,49)	
Saúde percebida			
<i>Muito ruim e ruim</i>	30 (6,48)	9 (4,41)	0,370
<i>Regular</i>	168 (36,29)	68 (33,33)	
<i>Boa e muito boa</i>	265 (57,24)	127 (62,25)	
Incapacidade			
- Para AIVD			
<i>Nenhuma atividade</i>	363 (78,57)	130 (64,04)	<0,001
<i>≥ 1</i>	99 (21,43)	73 (35,96)	
- Para AAVD			
<i>Nenhuma atividade</i>	38 (8,30)	13 (6,57)	0,447
<i>≥ 1</i>	420 (91,70)	185 (94,43)	
- Para ABVD			

0	416 (90,04)	179 (88,18)	0,470
≥ 1	46 (9,96)	24 (11,82)	
- Incapacidade geral			
Nenhuma atividade	30 (6,52)	9 (4,48)	0,305
≥ 1	430 (93,48)	192 (95,52)	

DISCUSSÃO

Conforme os critérios de participação no presente estudo foram selecionados idosos com quadro cognitivo preservado e em sua maioria com capacidade funcional também preservada. Deve-se ressaltar que não foram considerados, portanto, idosos que estão restritos a seus domicílios, com limitações físicas e cognitivas maiores e a expectativa de suporte para o cuidado destes indivíduos.

Apesar disso, pôde-se identificar diferenças estatisticamente significantes em relação ao gênero e faixa etária nesta amostra no que diz respeito às variáveis estudadas, estando as mulheres em piores condições sociodemográficas, de percepção de saúde e de cuidado que homens idosos. Elas representam a maior parte da amostra deste estudo populacional, reafirmando a questão da feminização da velhice no Brasil⁽¹⁵⁾ e em outros países⁽¹⁶⁾, que vem acompanhada de elevado número de mulheres morando sozinhas⁽¹⁷⁾, maior número de doenças crônicas e piores índices funcionais, conforme obtido no grupo feminino⁽¹⁸⁾. Este dado está diretamente relacionado à provável baixa qualidade de vida, influenciada pelos baixos níveis de escolaridade da maioria dos idosos brasileiros, e a condições econômicas ruins e presença de incapacidades.

Idosos com maior número de doenças crônicas têm maior risco de se tornarem dependentes para as AVD's⁽²⁾, sendo que piores índices funcionais estão presentes nas mulheres, conforme apontam os dados do PNAD de 1998 a 2008⁽¹⁹⁾. A literatura aponta que ser mulher tem sido considerado como fator

de risco independente para o declínio funcional, e um dos motivos seria o fato delas apresentarem maior expectativa de vida, estarem sujeitas a maior número e diferentes tipos de doenças crônicas por viverem em condições socioeconômicas piores que os homens, o que limitaria o acesso aos cuidados e aos comportamentos de saúde⁽²⁰⁾.

A expectativa de suporte para o cuidado e o número de pessoas de quem o idoso espera receber ajuda estiveram associados ao gênero, o que significa que as mulheres tem ausência de expectativa de suporte para o cuidado caso venha a precisar de ajuda. Aquelas que têm expectativa, esperam receber ajuda de apenas uma pessoa, que na maioria das vezes é o companheiro também idoso.

Mulheres idosas são as principais cuidadoras de seus cônjuges, mas são menos propensas a receber cuidados familiares. Este é um dos fatores que ajudam a explicar por que, em geral, as mulheres predominam nas instituições de longa permanência. Portanto, se estas viverem em condições de pobreza, não tem expectativa de suporte para o cuidado ou forma de custear este serviço⁽⁹⁾.

Em estudo realizado com 1.103 idosos nos E.U.A. mulheres idosas apresentaram piores condições funcionais e de expectativa de suporte para o cuidado⁽²¹⁾. Os autores concluíram que as idosas com essa expectativa estiveram menos propensas a ter incapacidade funcional em comparação com aquelas com ausência de expectativa. Isto talvez explique o fato das mulheres do presente estudo estarem em piores condições de saúde e com ausência de expectativa de suporte para o cuidado quando comparadas aos homens.

A incapacidade funcional em AAVD'S, AIVD's e ABVD'S estiveram hierarquicamente relacionadas às faixas etárias. Ou seja, quanto mais longevos, pior a capacidade funcional, proporcionalmente. Esta seria outra

explicação para os piores índices de desempenho funcional das mulheres evidenciados no presente estudo, especificamente em ABVD's - estas tem maior sobrevida, porém vivem mais anos com incapacidade. Estes resultados confirmam que, embora vivam mais do que os homens, as mulheres passam por um período maior de incapacidade física antes da morte⁽²²⁾.

O presente estudo mostrou ainda que a maioria dos idosos avalia a saúde como boa ou muito boa, condizendo com achados da literatura⁽¹⁶⁾. Não houve diferença significativa para os diferentes grupos etários na auto percepção de saúde. No entanto, no que diz respeito ao gênero, as mulheres lideram o grupo que avalia a própria saúde como ruim ou muito ruim.

Em estudo realizado em São Paulo sobre os fatores determinantes da auto percepção de saúde⁽¹⁾, a chance de auto avaliar a saúde como ruim foi 16% maior para as mulheres. As chances de os idosos relatarem uma saúde negativa foram mais altas em todos os grupos etários, mas declinaram com o avançar da idade. O idoso que morava sozinho avaliou a sua saúde mais positivamente em relação àqueles que moram acompanhados, mesmo depois do controle pelas variáveis sexo e idade. E a presença de doenças crônicas associadas ao gênero foi o determinante mais fortemente relacionado à auto percepção de saúde, sendo que, para os homens, a presença de quatro ou mais doenças crônicas implicou um risco dez vezes maior de uma auto percepção ruim de saúde. Para as mulheres, esse risco foi cerca de oito vezes maior. Na ausência ou mesmo na presença de duas ou mais doenças crônicas, as mulheres idosas tiveram maior probabilidade de relatar uma boa auto-percepção de saúde em comparação com os homens.

Considerando que a saúde auto-avaliada como ruim é significativamente associada com a mortalidade, as mulheres do presente estudo encontram-se em desvantagem, no sentido de que tem maior

vulnerabilidade para o desenvolvimento de doenças, que somados à falta de expectativa de suporte para o cuidado, levam a um maior risco de mortalidade.

As limitações do presente estudo estiveram relacionadas à falta de informações a respeito do tipo de cuidado ou das relações familiares. No entanto, foi possível constatar a relevância de se conhecer a realidade social e de expectativa de suporte para o cuidado de idosos da comunidade para a prática do enfermeiro e que o fortalecimento das redes de suporte para idosos é fundamental.

CONCLUSÃO

Este estudo direciona o enfermeiro na compreensão de como o gênero, a idade, percepção de saúde e arranjo de moradia na velhice podem estar relacionadas à expectativa de suporte para o cuidado. Conclui-se que a expectativa de suporte para o cuidado dos idosos da cidade de Campinas - SP está relacionada ao gênero e é independente da idade. Outras variáveis demonstraram que os idosos não se consideram bem em relação à percepção de saúde e cuidado, estando susceptíveis ao declínio funcional e à falta de suporte. Isto caracteriza a demanda por cuidados como sendo preponderantemente feminina, no entanto, são elas quem não tem expectativa para o cuidado.

Políticas e iniciativas que visem dar apoio a estes idosos e famílias se mostram necessárias, uma vez que deve ser assegurado ao idoso o direito de ser cuidado. Mais pesquisas que investiguem a expectativa de suporte para o cuidado de idosos brasileiros e formas de apoio recebidas também são necessárias a fim de se compreender outros aspectos relacionados a esta variável em diferentes grupos populacionais.

REFERÊNCIAS

1. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da auto-percepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):333-41.
2. Rosset I, Roriz-Cruz M, Santos LF, Haas VJ, Fabrício-Wehbe SCC, Rodrigues RAP. Diferenciais socioeconômicos e de saúde entre duas comunidades de idosos longevos. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(2):391-400.
3. Sargent-Cox KA, Anstey KJ, Luszcz MA. The choice of self-rated health measures matter when predicting mortality: evidence from 10 years follow-up of the Australian longitudinal study of ageing. *BMC Geriatr*. 2010;10:18.
4. Duarte YAO. Desempenho funcional e demandas assistenciais. In: Lebrão ML, Duarte YAO. O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial; 2003. p.183-200.
5. Lemos N, Medeiros SL. Suporte social ao idoso dependente. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Gorzoni ML, organizadores. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Koogan; 2006. p. 892-7.
6. Antonucci, TC, Birditt KS, Sherman CW, Trinh S. Stability and change in the intergenerational family: a convoy approach. *Ageing and Society*. 2011;31(7):1084-106.
7. Krause N. Longitudinal study of social support and meaning in life. *Psychology and Aging*. 2007;22(3):456-69.
8. Shaw BA, Janevic M. Representative Sample of Older Adults. *J Aging Health*. 2004;16(4):539-61.

9. 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.
10. De Valk HAG, Saad PM. Perceptions of filial obligation among migrant and non-migrant elderly: a comparison at the country of origin and destination. Paper presented at the 2008 – European Population Conference, 2008.
11. Katz R., Lowenstein A, Phillips J, Daatland SO. Theorizing intergenerational family relations: solidarity, conflict and ambivalence in cross-cultural contexts. In: Benston VL, Acock AC, Allen KR., Dillworth-Anderson P, Klein DM (org). *Sourcebook of Family Theory and Research*. Thousand Oaks (CA): Sage. 2005;p.393-420.
12. BUPA. Bupa Health Pulse, 2010. [disponível em: <http://www.bupa.com/about-us/information-centre/bupa-health-pulse-2010>].
13. Fontes AP, Fortes-Burgos ACG, Mello DM, Pereira AA, Neri AL. Arranjos domiciliares, expectativa de cuidado, suporte social percebido e satisfação com as relações sociais. In: Neri AL, Guariento ME (org.). *Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do estudo FIBRA Campinas*. Campinas (SP): Alínea. 2011; p.55-74.
14. Neri AL, Yassuda MS, Fortes-Burgos ACG, Mantovani EP, Arbex FS, Torres AVS, et al. FIBRA Campinas: fundamentos e metodologia de um estudo sobre fragilidade em idosos da comunidade. In: Neri AL, Guariento ME (org.): *Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do estudo FIBRA Campinas*. Campinas (SP): Alínea. 2011. p.27-54.
15. Muranetti DB, Barbosa AR, Marucci MFN, Lebrão ML. Hipertensão arterial referida e indicadores antropométricos de gordura em idosos. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2011;57(1):25-30.

16. Arai Y, Iinuma T, Takayama M, Takayama M, Abe Y, Fukuda R, et al. Study protocol The Tokyo Oldest Old Survey on Total Health (TOOTH): A longitudinal cohort study of multidimensional components of health and well-being. *BMC Geriatrics*. 2010;10(35):1-11.
17. Pedrazzi EC, Motta TTD, Vendrúsculo TRP, Fabrício-Wehbe SCC, Cruz IR, Rodrigues RAP. Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(1):[08 telas].
18. Lebrão ML, Laurenti R. Condições de saúde. In Lebrão ML, Duarte YAO. SABE-Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. O Projeto SABE no Município de São Paulo: Uma abordagem inicial. Organização Pan-Americana da Saúde: Brasília; 2003. p.73-92.
19. Camarano AA, Kanso S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADs. In: Camarano AA (org.). Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada-Ipea; 2010. p.93-122.
20. Ostchega Y, Harris TB, Hirsch R, Parsons VL, Kington R, Katsoff M. Reliability and prevalence of physical performance examination assessing mobility and balance in older persons in the US: data from the third National and Nutrition Examination Survey. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48(9):1136-41.
21. Shaw B. Anticipated Support From Neighbors and Physical Functioning During Later Lives. *Research on aging*. 2005;27(5):503-25.
22. Camargos MCS, Rodrigues RN, Machado CJ. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. *Rev. bras. estud. popul.* 2011; 28(1):217-30.

4.2. ARTIGO 2 – “Ausência de expectativa de suporte para o cuidado em idosos¹⁰”

Categoria: Artigo original

Autores: Déborah Cristina de Oliveira¹¹, Anita Liberalesso Neri¹², Maria José D’Elboux¹³

Correspondência: Avenida Tessália Vieira de Camargo, 126 - Cidade Universitária "Zeferino Vaz", Distrito de Barão Geraldo - Campinas – SP, CEP: 13.083-887. Telefone/fax: (19) 3521-9098. (deborah5@fcm.unicamp.br).

¹⁰ Este estudo apresenta resultados parciais da Dissertação de Mestrado: “Expectativa de suporte para o cuidado em idosos da comunidade: Dados do FIBRA Campinas-SP”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp). Para o desenvolvimento do FIBRA, houve financiamento do CNPQ.

¹¹ Enfermeira. Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, Brasil.

¹² Psicóloga. Livre-Docente. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, Brasil.

¹³ Enfermeira. Livre Docente. Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, Brasil.

RESUMO

Esta pesquisa utiliza parte dos dados da Rede de Pesquisa sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros (Rede Fibra), pesquisa transversal realizada em Campinas-SP, com o objetivo de identificar fatores de risco associados à ausência de expectativa de suporte para o cuidado dos idosos (n=671). Os resultados revelam que idosos do gênero feminino, que residem sozinhos e tem percepção ruim da própria saúde tem maior risco para ausência de expectativa suporte para o cuidado. Conclui-se que é preciso refletir sobre o sistema de apoio formal oferecido aos idosos do município em questão, visto que o número de idosos com o perfil apontado (mulheres, com pior auto-avaliação de saúde e aqueles que residem sozinhos) é cada vez maior, conforme a literatura.

Palavras-chave: apoio social, idoso, enfermagem

ABSTRACT

This research uses data from the Research Network on Frailty in Elderly Brazilians (FIBRA), conducted cross-sectional survey in Campinas-SP, with the aim of identifying risk factors associated with negative anticipated support for care (n = 671). The results show that elderly female who live alone and have poor perception of their health are at greater risk for lack of anticipated support for care. We conclude that we need to rethink the system of formal support offered to the elderly in the municipality in question, since the number of elderly with pointed profile (women with poorer self-rated health and those who live alone) is increasing according to literature.

Key-words: social support, aged, nursing

INTRODUÇÃO

A relação de troca e ajuda mútua existente entre idosos e família é o principal fator que tem assegurado a sobrevivência dos idosos nas idades mais avançadas, pois, devido às deficiências do setor público, a família representa fonte praticamente única de suporte para grande parte da população idosa ⁽¹⁾.

Os sistemas de suporte a idosos são classificados em formais, que incluem instituição de longa permanência e atendimento domiciliar dentre outras, e informais ou rede de suporte social, que compreende as redes de relacionamentos entre membros da família, amigos, relações de trabalho, de inserção comunitária e de práticas sociais ⁽²⁾.

Sendo assim, o cuidado informal, tanto de caráter funcional, como na ajuda nas tarefas diárias, quanto emocional, evidenciado pelo apoio em situações de estresse, por exemplo, pode ser essencial para manter a saúde física e mental dos idosos ⁽³⁾. Além disso, o suporte obtido por meio do relacionamento com outras pessoas pode proteger os idosos da perda funcional, o que mostra a importância das relações sociais e afetivas para o envelhecimento ativo ⁽⁴⁾.

Estudos apontam o valor das relações sociais, da rede e apoio social para a saúde física e mental das pessoas, sendo estes considerados fatores protetores e promotores de saúde, auxiliando no enfrentamento de situações específicas tais como doenças crônicas ou agudas, estresse e vulnerabilidade social ou física ⁽⁵⁾.

Um estudo realizado nos Estados Unidos que investigou os efeitos do apoio social nas mudanças da função física de idosos no decorrer de sete anos ⁽⁶⁾, os autores apontam que os participantes que mantiveram mais laços sociais demonstraram menor declínio da independência funcional.

À luz do tema suporte social, a expectativa de suporte para o cuidado evidencia a crença que o idoso tem de que pessoas próximas lhes proverão assistência futura caso haja necessidade. Esta avaliação subjetiva, quando positiva, representa um melhor mecanismo de enfrentamento do estresse na velhice que a avaliação do suporte recebido, sendo considerada um fator de proteção no enfrentamento das adversidades⁽⁷⁾.

Um estudo populacional realizado nos Estados Unidos colabora na compreensão dos benefícios de relações sociais, sugerindo que acreditar que a ajuda de que precisa estará disponível se necessário pode melhorar a função física em idosos⁽⁸⁾. Os autores apontam que quanto mais certo o idoso estiver de que terá ajuda se necessário, melhor será sua independência funcional, sendo que o risco de incapacidade funcional se limita mais aos idosos com pior expectativa de suporte para o cuidado. Esta associação é particularmente forte no que diz respeito ao apoio instrumental e entre aqueles idosos com baixos níveis de escolaridade.

Considerando que muitos idosos brasileiros vivem em condições de vulnerabilidade social e de saúde e que a necessidade de cuidado é cada vez mais comum nesta população, com impacto sobre as mulheres, famílias e serviços públicos já disponíveis⁽⁹⁾, tornam-se indispensáveis estudos que avaliem sua percepção sobre o apoio que lhes estará disponível em casos de necessidade, a fim de se identificar idosos em situação de risco, ou seja, aqueles com ausência de expectativa de suporte para o cuidado.

Posto isso, esta pesquisa utiliza parte dos dados da Rede de Pesquisa sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros (Rede FIBRA) para identificar fatores de risco associados à ausência de expectativa de suporte para o cuidado dos idosos da cidade de Campinas – SP.

MÉTODOS

Estudo transversal feito a partir dos dados da Rede de Pesquisa sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros (Rede FIBRA). Pesquisa multicêntrica, dedicada ao estudo do fenômeno de fragilidade na população idosa brasileira e de suas relações com variáveis sociodemográficas, psicológicas, de saúde e cuidado. Envolveu cerca de 8.000 idosos da zona urbana de 17 cidades localizadas de norte a sul do país⁽¹⁰⁾. Para o presente trabalho, foram utilizados os dados da cidade de Campinas-SP.

Realizado a partir de amostragem probabilística simples dos setores censitários urbanos da cidade (n=835). Foram percorridos 88 setores e 1.055 idosos compareceram à coleta de dados. Os critérios de inclusão no estudo foram: idade igual ou superior a 65 anos, compreender as instruções, concordar em participar e ser morador permanente no domicílio e no setor censitário. Para o presente estudo, incluiu-se como um critério de inclusão o fato do idoso ter respondido às questões relacionadas às variáveis de interesse. Foram considerados inelegíveis para a pesquisa idosos com déficit cognitivo grave sugestivo de demência, com problemas de memória, atenção, orientação espacial e temporal e de comunicação; cadeirantes ou que se encontrassem provisória ou definitivamente acamados; portadores de seqüelas graves de Acidente Vascular Encefálico, com perda localizada de força e/ou afasia; portadores de doença de Parkinson em estágio grave ou instável, com comprometimento grave da motricidade, da fala ou da afetividade; portadores de déficits de audição ou de visão graves que dificultassem fortemente a comunicação; ou em terminalidade. A amostra contou com 900 idosos, sendo a coleta de dados de setembro de 2008 a junho de 2009.

Os idosos foram convocados em suas casas e encaminhados para uma sessão única de coleta de dados, realizada em local público de fácil acesso. No

início da sessão foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), redigido de acordo com as normas do Conselho Nacional de Pesquisa. O Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/Unicamp 208/2007 aprovou o projeto geral do FIBRA e este subprojeto. Seguiam-se a primeira parte do protocolo de coleta de dados, com a identificação e dados sociodemográficos dos idosos, o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)⁽¹²⁻¹³⁾, medidas de pressão arterial e antropométricas, coleta de sangue, exame bucal e as medidas do fenótipo de fragilidade – força de preensão, velocidade da marcha, fadiga, perda de peso e inatividade física –, conforme definição de Fried et al.⁽¹¹⁾. O desempenho superior à nota de corte obtido no MEEM foi adotado para participação dos idosos nas demais medidas, em uma segunda parte do protocolo.

As variáveis do presente estudo foram investigadas mediante as condições que se seguem⁽¹⁰⁾.

Variáveis sociodemográficas

- *Gênero*: obtida por meio do auto-relato (feminino x masculino).
- *Faixa etária*: obtida por meio do auto relato (número de anos de vida), registrados como variável contínua, depois tabulados em faixas de 65 a 74 anos e 75 anos e mais.
- *Arranjo de moradia*: foram avaliados com base na pergunta: “Com quem o(a) senhor(a) mora?”, a qual comportava sete possibilidades de respostas sim e não: sozinho(a); com o cônjuge; com filho(s); com neto(s); com bisneto(s); com outro(s) parente(s); com pessoas de fora da família. Para análise dos dados deste presente estudo, foram criadas duas categorias de respostas: “só” e “acompanhado”.

- *Expectativa de suporte para o cuidado nas ABVD's e AIVD's*: trata-se de uma variável qualitativa, categórica e nominal. Foi questionado: “Caso precise ou venha a precisar de ajuda para realizar qualquer uma dessas atividades, o senhor(a) tem com quem contar?” (‘sim’ ou ‘não’). Em resposta afirmativa, perguntava-se sobre quem seria esta pessoa (esposa, filha, sobrinha e outros). O idoso poderia responder a mais de uma opção. A resposta foi classificada em uma, duas ou mais pessoas. Em caso negativo, foi adotada para o presente trabalho a denominação de “ausência de expectativa de suporte para o cuidado”.

- *Saúde Percebida*: em um item de natureza escalar, ordinal, o idoso foi questionado quanto à sua saúde física atual com a seguinte pergunta: “De um modo geral, como o senhor avalia a sua saúde no momento atual?”. As respostas permitiam cinco opções, variando de “muito boa” a “muito ruim”.

- *Doenças auto relatadas*: perguntou-se ao idoso se algum médico já diagnosticou alguma(s) dentre nove doenças listadas. Para cada doença, marcou-se: “sim”, “não”, sendo marcadas todas as que fossem citadas. Para fins de análise dos dados, as respostas foram agrupadas em número de respostas: zero a duas; três e mais doenças.

- *Medidas de Fragilidade*: adotou-se a definição de fragilidade Fried et al.⁽¹¹⁾. São cinco os elementos da definição operacional da síndrome ou do fenótipo de fragilidade:

1) Perda de peso não intencional no último ano: avaliada por meio de dois itens de auto relato que perguntava ao idoso se ele havia perdido peso de forma involuntária no último ano. Em caso de resposta positiva, perguntava-se quantos quilos.

2) Fadiga: avaliada por meio de dois itens escalares de auto-relato extraídos da *Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D)*⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Havia quatro possibilidades de resposta para cada uma delas: “sempre”, “na maioria das vezes”, “poucas vezes”, “nunca ou raramente”.

3) Força de preensão manual: medida com dinamômetro modelo Jamar (fabricado pela *Lafayette Instruments, Lafayette, IN, USA*), colocado na mão dominante do idoso. O teste foi realizado em posição sentada, sem apoio para os braços, com os pés apoiados no chão. O ombro foi aduzido, o cotovelo foi flexionado a 90° e o antebraço ficou em posição neutra, ou seja, com o polegar apontando para o teto. Foi dado um comando verbal e o idoso deveria apertar com força a alça. Esse comando verbal foi dado por seis segundos, após o que o idoso deveria relaxar a mão. Esse procedimento foi repetido três vezes, com intervalo de um minuto entre elas.

4) Nível de atividade física: avaliado a partir de auto relato da frequência semanal e duração diária de exercícios físicos e trabalhos domésticos desempenhados nos últimos sete dias, com base nos itens adaptados da versão brasileira do *Minnesota Leisure Time Activities Questionnaire*⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

5) Velocidade da marcha: indicada pelo tempo (em segundos) que o idoso levava para percorrer, em passo usual, a distância de 4,6 metros, demarcada com fita adesiva no chão plano. Foram feitas três tentativas cronometradas⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Os dados foram analisados e obtiveram-se notas de corte para cada critério de fragilidade, de acordo com Fried et al.⁽¹¹⁾, já que não existem critérios universais ou um consenso. Portanto, a nota de corte para perda de peso não intencional no último ano foi 4,5 kg ou 5% do peso corporal. Pontuaram para fadiga os idosos que responderam “sempre” ou “quase sempre” em qualquer uma das duas perguntas sobre fadiga. A diminuição da atividade física foi

avaliada por meio de algoritmos de equivalentes metabólicos⁽²⁰⁾. A baixa velocidade da marcha correspondeu aos valores acima do percentil 80 da distribuição das médias consecutivas. E por fim, pontuaram para baixa força de preensão manual os idosos que estiveram entre os 20% menores valores de distribuição das médias das três medidas realizadas, ajustadas pelo gênero e índice de massa corpórea.

- Independência funcional:

Atividades Avançadas de Vida Diária: pediu-se ao idoso que escolhesse entre “nunca fez”, “parou de fazer” ou “ainda faz” para cada uma das AAVD's⁽²¹⁻²⁴⁾. Considerou-se para as análises as atividades que os idosos haviam “deixado de fazer”.

Atividades Instrumentais de Vida Diária: foi avaliado se eram totalmente independentes, se precisam de alguma ajuda ou se precisam de ajuda total para fazer cada uma das atividades⁽²⁵⁻²⁶⁾. Para as análises foram calculadas as respostas dos idosos que haviam recebido ajuda ou eram dependentes para realizá-las.

Atividades Básicas de Vida Diária: foi avaliado se eram totalmente independentes, se precisam de alguma ajuda ou se precisam de ajuda total para fazer cada uma das atividades⁽²⁷⁻²⁸⁾. Foram utilizadas as respostas em que os idosos referiram ter recebido ajuda ou eram dependentes para realizá-las.

Foram realizadas análises descritivas com as variáveis categóricas, com valores de frequência absoluta (n) e distribuição relativa (%), e estatísticas descritivas das variáveis numéricas, com valores de média, desvio padrão, valores mínimo e máximo, mediana. Para estudar os fatores associados com a ausência de expectativa de suporte para o cuidado foi utilizada a análise de regressão logística univariada e multivariada, com critério *Stepwise* de seleção

de variáveis. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%.

RESULTADOS

Os idosos (n=671) eram em sua maioria mulheres (68,70%), tinham idade inferior a 75 anos (69,15%) e residiam com alguém (83,91%). A idade variou entre 65 e 90 anos, com média (dp) de 72,31 (5,33), e mediana de 72 anos, sendo que o primeiro quartil esteve nos 68 anos e terceiro quartil aos 76 anos de idade.

Quanto às características relacionadas à saúde, 57,10% dos idosos tem nenhuma, uma ou duas doenças. Destes, cerca de 11 % tem nenhuma doença. Cerca de metade da amostra foi considerada frágil ou pré-frágil (55,14%), e 58,77% avaliaram sua saúde como “boa” ou “muito boa”.

Ao analisar os níveis de independência funcional, quase todos os idosos apontaram pelo menos uma AVD comprometida (94,10%), sendo que 92,23% deixaram de realizar pelo menos uma AAVD, mas mantêm sua independência para a realização das AIVD's (74,14%) e ABVD's (89,47%).

Grande parte dos idosos (89,12%) relatou ter expectativa de suporte para o cuidado, sendo que cerca de 44% esperam ajuda de apenas uma pessoa, e número semelhante de idosos espera ser cuidado por duas ou mais pessoas.

Segue os resultados da comparação entre a expectativa de suporte para o cuidado e as variáveis de interesse (Tabela 1).

Tabela 1. Comparação entre expectativa de suporte para o cuidado e as variáveis de interesse. Campinas-SP, 2008-2009.

Variável	Expectativa de suporte para o cuidado		p-valor
	Sim	Não	
Gênero			
<i>Feminino</i>	402 (87,20)	59 (12,80)	0,018
<i>Masculino</i>	196 (93,33)	14 (6,67)	
Idade			
<i>65-74 anos</i>	415 (89,44)	49 (10,56)	0,691
<i>≥ 75 anos</i>	183 (88,41)	24 (11,59)	
Arranjo domiciliar			
<i>Só</i>	83 (77,58)	24 (22,42)	<0,001
<i>Acompanhado</i>	510 (91,39)	48 (8,60)	
Número de doenças			
<i>0-2</i>	345 (90,32)	37 (9,68)	0,300
<i>≥ 3</i>	252 (87,81)	35 (12,19)	
Fragilidade			
<i>Não-frágil</i>	271 (90,03)	30 (9,96)	0,494
<i>Pré-frágil e frágil</i>	327 (88,37)	43 (11,62)	
Incapacidade			
<i>AAVD</i>			
<i>nenhuma</i>	50 (98,03)	1 (1,96)	0,034
<i>≥ 1</i>	535 (98,84)	70 (1,15)	
<i>AIVD</i>			
<i>nenhuma</i>	441 (89,45)	52 (10,54)	0,548
<i>≥ 1</i>	151 (70,83)	21 (29,16)	
<i>ABVD</i>			
<i>nenhuma</i>	532 (89,41)	63 (10,58)	0,830
<i>≥ 1</i>	62 (88,57)	8 (11,42)	
<i>Incapacidade geral</i>			
<i>nenhuma</i>	38 (97,44)	1 (2,56)	0,085
<i>≥ 1</i>	551 (88,58)	71 (11,41)	
Saúde Percebida			
<i>Ruim e muito ruim</i>	29 (74,36)	10 (25,64)	0,009
<i>Regular</i>	212 (89,83)	24 (10,17)	
<i>Boa e muito boa</i>	354 (90,31)	38 (9,69)	

Maior percentual de idosos com expectativa de suporte para o cuidado esteve entre os homens, sujeitos que residem acompanhados, nos que deixaram de realizar uma ou mais AAVD's e nos que tem saúde percebida boa e muito boa. No entanto, maior número de idosos que avaliaram sua saúde

como ruim ou muito ruim e idosos que residem sozinhos tem ausência de expectativa de suporte para o cuidado.

A análise de regressão logística univariada dos dados constatou que os idosos que avaliam a própria saúde como ruim ou muito ruim apresentam três vezes mais chance de ter ausência de expectativa de suporte para o cuidado. As mulheres têm duas vezes mais chance de não ter expectativa de suporte para o cuidado. E, se o idoso residir sozinho, tem três vezes mais chance de não esperar receber ajuda de alguém caso venha a precisar (Tabela 2).

Tabela 2. Resultados da análise de regressão logística univariada para ausência de expectativa de suporte para o cuidado. Campinas-SP, 2008-2009.

Variável	Categorias	Valor-P	O.R.¹	IC 95% O.R.
<i>Gênero</i>	Masculino (ref.)	-	1,00	-
	Feminino	0,020	2,06	1,12 – 3,77
<i>Idade</i>	60-74 anos (ref.)	-	1,00	-
	≥75 anos	0,691	1,11	0,66 – 1,87
<i>Arranjo de moradia</i>	Acompanhado (ref.)	-	1,00	-
	Sozinho	<0,001	3,07	1,79 – 5,28
<i>Número de doenças</i>	0 a 2 (ref.)	-	1,00	-
	≥3	0,301	1,30	0,79 – 2,11
<i>Fragilidade</i>	Não-frágil (ref.)	-	1,00	-
	Pré-frágil ou frágil	0,494	1,19	0,73 – 1,95
<i>Incapacidade em AIVD</i>	0 (ref.)	-	1,00	-
	≥1	0,549	1,18	0,69 – 2,02
<i>Incapacidade em AAVD</i>	0 (ref.)	-	1,00	-
	≥1	0,065	6,54	0,89 – 48,05
<i>Incapacidade em ABVD</i>	0 (ref.)	-	1,00	-
	≥1	0,830	1,09	0,50 – 2,38
<i>Incapacidade geral</i>	0 (ref.)	-	1,00	-
	≥1	0,120	4,90	0,66 – 36,21
<i>Saúde percebida</i>	Boa ou muito boa (ref.)	-	1,00	-
	Regular	0,847	1,06	0,62 – 1,81
	Ruim ou muito ruim	0,004	3,21	1,45 – 7,10

¹OR (*Odds Ratio*) = Razão de risco para ausência de expectativa de suporte para o cuidado; (n=598 com expectativa e n=73 sem expectativa). IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. Ref.: nível de referência.

A análise multivariada dos dados confirma a análise anterior, no que diz respeito ao arranjo de moradia e saúde percebida, sendo que o risco da

ausência de expectativa de suporte para o cuidado está presente três vezes mais em idosos que moram sozinhos e quase quatro vezes maior nos idosos com a saúde percebida ruim ou muito ruim (Tabela 3).

Tabela 3. Resultados da análise de regressão logística multivariada para ausência de expectativa de suporte para o cuidado. Campinas-SP, 2008-2009.

Variáveis Seleccionadas	Categorias	Valor-P	O.R. ^{**}	IC 95% O.R.
<i>Arranjo de moradia</i>	Acompanhado (ref.)	---	1,00	---
	Sozinho	<0,001	3,36	1,93 – 5,86
<i>Saúde percebida</i>	Boa ou muito boa (ref.)	---	1,00	---
	Regular	0,901	0,97	0,55 – 1,68
	Ruim ou muito ruim	0,002	3,74	1,65 – 8,48

^{**}OR (*Odds Ratio*) = Razão de risco para ausência de expectativa de suporte para o cuidado; (n=572 tem com quem contar e n=71 não tem com quem contar). IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis.

Realizou-se também análise logística multivariada dos dados, controlado por gênero e idade, quando foram obtidos resultados semelhantes aos encontrados anteriormente (Tabela 4).

Tabela 4. Resultados da análise de regressão logística multivariada para ausência de expectativa de suporte para o cuidado, controlada por gênero e idade. Campinas-SP, 2008-2009.

Variáveis	Categorias	Valor-P	O.R. ^{***}	IC 95% O.R.
<i>Arranjo de moradia</i>	Acompanhado (ref.)	-	1,00	-
	Sozinho	<0,001	3,10	1,75 – 5,49
<i>Saúde percebida</i>	Boa ou muito boa (ref.)	-	1,00	-
	Regular	0,940	0,98	0,56 – 1,71
	Ruim ou muito ruim	0,003	3,45	1,51 – 7,88

^{***}OR (*Odds Ratio*) = Razão de risco para ausência de expectativa de suporte para o cuidado (n=572 tem com quem contar e n=71 não tem com quem contar). IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis.

DISCUSSÃO

A literatura aponta que idosos com o perfil presente nesta amostra, ou seja, com três ou mais comorbidades, frágeis ou pré-frágeis, tem maior risco para se tornarem dependentes para a realização de AVD's⁽²⁹⁾. Entretanto, apesar dos altos índices de dependência em AVD's em geral, as atividades mais comprometidas foram as AAVD's, que exigem maior competência física e cognitiva.

Há estudos evidenciando que existem diferenças de idade, gênero, estado civil, renda per capita, escolaridade e autopercepção de saúde que afetam as relações e o tipo de apoio social entre os idosos⁽³⁰⁾.

A maior parte dos idosos que residem sozinhos tem ausência de expectativa de suporte para o cuidado, enfatizando os achados de um estudo nacional, no qual quanto maior o número de pessoas no domicílio, maior a frequência de apoio afetivo. Mulheres idosas, analfabetos, viúvos ou solteiros e os de menor renda tinham maior probabilidade de ter a expectativa de suporte para o cuidado ausente⁽³¹⁾. Camarano e Kanso⁽³²⁾ relacionam este dado ao fato do idoso, ao residir junto dos filhos, colaborar financeiramente com sua aposentadoria e com isso receber o cuidado necessário. Para as autoras, pode-se inferir que essa forma de arranjo é um sistema de transferência intergeracional de duas vias, mediado pelas políticas públicas, no caso a seguridade social. Ou seja, ter um benefício ou alguma renda pode ajudar o idoso a receber o cuidado da família.

Os idosos que residem sozinhos correm risco de precisar de ajuda e não ter a quem recorrer, apesar do fato de residirem sozinhos poder indicar melhores condições de saúde⁽³³⁾. Duarte⁽³⁴⁾ ressalta que a falta de suporte pode causar sofrimento a essas pessoas que, necessitando de ajuda, não esperam ter a ajuda necessária.

Um estudo realizado no México aponta que quanto à função de apoio para ajudar a resolver os problemas do dia a dia, 65,6% dos idosos recebiam-na de alguém e 20% relatavam não ter ninguém. Em relação à ajuda financeira, 61,9% dos entrevistados esperavam ter ajuda de alguém e 28,1% tinham ausência de expectativa de suporte para o cuidado. Para acompanhá-los a algum lugar, 63,1% recebiam ajuda para suas atividades e 15,6% não possuíam ninguém para essa função⁽³⁵⁾.

Observa-se como aspecto positivo o grande número de idosos que refere ter expectativa de suporte para o cuidado. No entanto, uma parcela importante espera ter apenas uma pessoa à disposição em caso de necessidade. Neste sentido, sabendo que a maioria dos estudos sobre o tema aponta o cônjuge idoso como figura mais frequentemente associada ao cuidado⁽³⁶⁻³⁷⁾, pode-se considerar que ambos estão em situação de falta de suporte adequado para o cuidado.

O censo do IBGE de 2011 mostrou que cada vez mais idosos moram sozinhos no Brasil. Paralelamente, as políticas atuais de atenção ao idoso defendem o domicílio como o melhor local para o idoso permanecer, possibilitando a manutenção de sua autonomia, identidade e dignidade⁽³⁸⁾. Exemplo disso é a Política Nacional do Idoso⁽³⁹⁾, reforçada pela Política Nacional de Saúde do Idoso⁽⁴⁰⁾ e Estatuto do Idoso⁽⁴⁴⁾ que, além de incentivarem o cuidado aos idosos em domicílio, ressaltam o apoio e a capacitação de cuidadores informais de idosos.

Embora estas políticas tenham por objetivo ampliar o acesso da população aos cuidados de saúde e resgatar o espaço domiciliar como ambiente terapêutico⁽⁴¹⁾, a situação de dependência do idoso em relação à família começa a tornar-se também motivo de especial preocupação na saúde

pública, pois, conforme apontado anteriormente, muitos idosos que residem sozinhos relatam não ter suporte para o cuidado.

O presente estudo ressalta, portanto, a importância da inserção de métodos subjetivos como este para avaliação da percepção dos idosos sobre o suporte, qualidade de vida e bem-estar geral, pois este mostrou ser um método rápido de avaliação do idoso sobre a presença de alguém em caso de necessidade, sendo passível de ser utilizado na prática clínica. Os resultados apontam a avaliação da expectativa de suporte para o cuidado como um bom indicador de ausência de expectativa de suporte para o cuidado em idosos com características específicas: do gênero feminino, que residem sozinhos e com percepção ruim da própria saúde.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa contribui de maneira importante para traçar o perfil dos idosos da cidade de Campinas- SP e o suporte que acreditam estar disponível caso precisem de ajuda para suas AVD's. Pelos resultados encontrados é possível perceber quais idosos estariam em maior estado de risco para a falta de suporte, possibilitando que o enfermeiro atue de maneira a atender às principais necessidades dos idosos que mais precisam de assistência. Conclui-se que é preciso reavaliar o sistema de apoio formal oferecido aos idosos do município em questão, visto que o número de idosos com o perfil apontado (mulheres, com pior auto-avaliação de saúde e aqueles que residem sozinhos) é cada vez maior, conforme a literatura.

Novos estudos relacionados a esta temática fazem-se necessários, uma vez que não podem ser apontadas relações de causa e efeito entre expectativa de suporte para o cuidado e as outras variáveis, pois se trata de um estudo

transversal. Além disso, houve limitações relacionadas ao delineamento da pesquisa, tal como o tamanho da amostra e a falta de informações a respeito do tipo de cuidado ou das relações familiares, o que impossibilita generalizações dos resultados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saad PM. Transferência de apoios intergeracionais no Brasil e na América Latina. In: Camarano AA (org.). Os novos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: Ipea; 2004. p.169-209.
2. Camarano AA, Kanso S, Mello JL, Pasinato MT. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: Camarano AA (org.). Os Novos Brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro (RJ): IPEA; 2004. p.137-67.
3. Ramos MP. Apoio social e saúde entre idosos. Sociologias. 2002;4(7):156-75.
4. d'Orsi E, Xavier AJ, Ramos LR. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: Estudo Epidoso. Rev Saúde Pública 2011;45(4):685-92.
5. Gonçalves TR, Pawlowski J, Bandeira DR, Piccinini CA. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;16(3):1755-69.
6. Unger JB, McAvay G, Bruce ML, Berkman L, Seeman T. Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in elderly persons: MacArt Studies of Successful Aging. Journal of Gerontology: Social Sciences. 1999;54(5):245-51.
7. Wethington E, Kessler RC. Perceived support, received support, and adjustment to stressfull life events. Journal of health and social behavior. 1986;27(1):78-89.

8. Shaw BA, Janevic M. Associations between anticipated support, physical functioning, and education level among a nationally representative sample of older adults. *Journal of Aging and Health*. 2004;16(4):539-61.
9. Fontes AP, Fortes-Burgos ACG, Mello DM, Pereira AA, Neri AL. Arranjos domiciliares, expectativa de cuidado, suporte social percebido e satisfação com as relações sociais. In: Neri AL, Guariento ME (org.). *Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do estudo FIBRA Campinas*. Campinas (SP): Alínea. 2011; p.55-74.
10. Neri AL, Yassuda MS, Fortes-Burgos ACG, Mantovani EP, Arbex FS, Torres AVS, et al. FIBRA Campinas: fundamentos e metodologia de um estudo sobre fragilidade em idosos da comunidade. In: Neri AL, Guariento ME (org.): *Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do estudo FIBRA Campinas*. Campinas (SP): Alínea. 2011. p.27-54.
11. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):146-57.
12. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatric Res*. 1975;12:189-98.
13. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(3B):777-81.
14. Batistoni SST, Neri AL, Cupertino APFB. Validade da escala de depressão do Center of Epidemiological Studies (CES-D) entre idosos brasileiros. *Rev. Saúde Pública*. 2007;41(4):598-605.
15. Radloff LS. The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*. 1977;1:385-401.

16. Taylor HL, Jacobs DR, Schucker B, Knudsen J, Leon AS, Debacker G. A questionnaire for the assessment of leisure time physical activities. *Journal of Chronic Disease*. 1978;31(12):741-55.
17. Lustosa L, Pereira D, Dias R, Britto R, Pereira L. Tradução, adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas do Questionário Minnesota de Atividades Físicas e de Lazer. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
18. Guralnik JM, Simonsick EM, Ferrucci L, Glynn RJ, Berkman LF, Blazer DG, et al. A Short Physical Performance Battery Assessing Lower Extremity Function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *Journal of Gerontology Medical Sciences*. 1994;49(2):85-94.
19. Nakano MM. Versão Brasileira da Short Physical Performance Battery-SPPB: adaptação cultural e estudo de confiabilidade. [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2007.
20. Ainsworth B, Haskell W, Whitt M, Irwin M, Swartz A, Strath S, et al. Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Med Sci Sports Exerc*. 2000;32(9):498-504.
21. Baltes MM, Mayr U, Borchelt M, Maas I, Wilms HU. Everyday competence in old and very old age: An interdisciplinary perspective. *Ageing and Society*. 1993;13:657-80.
22. Reuben DB, Laliberte L, Hiris J, Mor V. A hierarchical exercise scale to measure functions at the Advanced Activities of Daily Living (AADL) level. *Journal of the American Geriatric Society*. 1990;38(8):855-61.
23. Strawbridge WJ, Wallhagen MI, Cohen RD. Successful Aging and Well-Being: Self-Rated Compared With Rowe and Kahn. *Gerontologist*. 2002;42(6):727-33.
24. Souza AC, Magalhães LC, Teixeira-Salmella LT. Adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do Perfil de Atividade Humana. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006;22(12):2623-36.

25. Lawton MP, Brody P. Assessment of older people: Self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.
26. Brito FC, Nunes MI, Yuaso DR. Multidimensionalidade em Gerontologia: Instrumentos de avaliação. In: Netto MP (org.). *Tratado de Gerontologia*. São Paulo: Atheneu; 2007. p.133-48.
27. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*. 1963;185(12):914-9.
28. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAD, Ribeiro Filho ST, Buckman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (Escala de Katz). *Cad. de Saúde Pública*. 2008;24(1):103-12.
29. Rosset I, Roriz-Cruz M, Santos JLF, Haas VJ, Fabrício-Wehbe SCC, Rodrigues AP. Diferenciais socioeconômicos e de saúde entre duas comunidades de idosos longevos. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(2):391-400.
30. Rosa TEC, Benício MHD'A, Alves MCGP, Lebrão M. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(12):2982-92.
31. Pinto JLG, Garcia ACO, Bocchi SCM, Carvalhaes MABL. Características de apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. *Cien Saude Colet*. 2006;11(3):753-64.
32. Camarano AA, Kanso S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADs. In: Camarano AA (org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada-Ipea; 2010. p.93-122.

- 33.** Lebrão YAO, Laurenti R. Condições de saúde. In: Lebrão ML, Duarte YAO. O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial; 2003. p.73-92.
- 34.** Duarte YAO. Desempenho funcional e demandas assistenciais. In: Lebrão ML, Duarte YAO. O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial; 2003. p.183-200.
- 35.** Noriega JAV, Quinones TIS, Guedea MTD. Bienes-tar subjetivo, enfrentamiento y redes de apoyo so-cial em adultos mayores. Rev Intercont Psicol Educ. 2005;7(2):57-78.
- 36.** Rezende TC, Coimbra AM, Costallat LT, Coimbra IB. Factors of high impacts on the life of caregivers of disabled elderly. Arch Gerontol & Geriatrics. 2010;51(1):76-80.
- 37.** Oliveira DC, Carvalho GSF, Stella F, Higa CMH, D'Elboux MJ. Qualidade de vida e sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos em seguimento ambulatorial. Texto & Contexto Enferm. 2011;20(2): 234-40.
- 38.** Cattani, RB, Girardon NMO. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2004;6(2):254-71.
- 39.** Brasil. Política Nacional do Idoso. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília; 1994. v.132. n.3. p. 77-79. Seção 1. pt. 1.
- 40.** Brasil. Política Nacional de Saúde do Idoso. Portaria nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999. Diário Oficial da República Federativa do Brasil: Brasília; 1999. n.237-E. p.20-24. 13 dez. Seção 1.
- 41.** Brasil. Estatuto do Idoso. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília; 2003. Seção 1, p.1.

5. DISCUSSÃO GERAL

Este estudo retrata o perfil dos idosos da cidade de Campinas e tem como foco da investigação a expectativa de suporte para o cuidado, enfatizando os aspectos subjetivos relacionados ao suporte social em idosos.

Devido ao recorte transversal da presente investigação não é possível fazer a relação de causa e efeito entre estas variáveis. Entretanto, foi possível identificar fatores sociodemográficos e de saúde possivelmente relacionados à falta de expectativa de suporte para o cuidado, bem como os indivíduos em maior risco de não ter expectativa de suporte para o cuidado.

O estudo aponta que os idosos, em sua maioria, apresentam baixos índices de fragilidade, tem funcionalidade preservada, boa avaliação da própria saúde e esperam receber ajuda de alguém em caso de necessidade. No entanto, o que se destaca, é que o grupo que não apresenta estas características, ou seja, que estão em piores condições de saúde, e, portanto, deveriam poder esperar ajuda caso lhes fosse necessário, sentem-se sem expectativa de suporte para a realização de suas AVD's.

Duarte⁽⁷²⁾ ressalta o sofrimento vivenciado por estes idosos que, além de lidarem com suas vulnerabilidades, como por exemplo doenças crônicas, situação de pobreza e incapacidade funcional, tem ainda que lidar com a falta de apoio.

As mulheres são as que apresentaram pior saúde percebida, tem capacidade funcional mais prejudicada e maior número de doenças auto-relatadas. Estes resultados refletem o perfil de idosos de estudos nacionais, indicando que, embora tenham maior necessidade de ajuda para as AVD's, estão em piores condições para o cuidado⁽⁹⁷⁻⁹⁹⁾.

Quanto ao risco para a falta de expectativa de suporte para o cuidado, análises univariada e multivariada apontam que os idosos do gênero feminino, que residem sozinhos, que interromperam pelos menos uma AAVD e com pior saúde

percebida tem maior risco de não terem expectativa de suporte para o cuidado em momentos de necessidade, mesmo quando controlados por sexo e idade.

É consenso na literatura que a expectativa de suporte, quando positiva, pode aliviar o estresse na velhice⁽³⁾, inibir o desenvolvimento de morbididades⁽⁴⁾ depressão⁽¹⁰⁰⁾, exercendo papel positivo na recuperação dessas doenças⁽⁵⁾. Além disso, a falta de expectativa de suporte está associada a maiores índices de mortalidade⁽²⁶⁾.

Considerando a vulnerabilidade relacionada à expectativa de suporte para o cuidado presente nesta amostra específica (mulheres, que residem sozinhas, com pior saúde percebida, piores índices funcionais e maior número de doenças auto-relatadas), conclui-se que estes idosos apresentam maiores riscos para estas condições citadas.

Este estudo adverte, portanto, que políticas que visem dar apoio social a estes idosos sejam criadas, uma vez que a falta de expectativa de suporte se mostrou como um bom indicador de vulnerabilidade de suporte para o cuidado em idosos com características específicas. Aponta também, como consequência da falta de expectativa, a necessidade de se reavaliar o sistema de apoio formal oferecido e estes idosos no município em questão, visto que o número de idosos com o perfil apontado é cada vez maior, conforme a literatura.

Recomenda-se refletir ainda sobre a importância da inserção de métodos subjetivos como este para avaliação da qualidade de vida e bem-estar geral da população idosa na comunidade, pois este mostrou ser um método rápido de avaliação das condições de suporte de idosos, passível de ser utilizado na prática clínica.

Outras pesquisas que investiguem a expectativa de suporte para o cuidado de idosos brasileiros e formas de apoio recebidas também são necessárias a fim de se

compreender outros aspectos relacionados a esta variável em diferentes grupos populacionais.

6. CONCLUSÃO GERAL

Os dados obtidos neste estudo permitem as seguintes conclusões:

1. Quanto à comparação entre às variáveis expectativa suporte para o cuidado, arranjo de moradia e variáveis relacionadas à saúde, em função de gênero e faixa etária dos idosos:

- As mulheres idosas da cidade de Campinas encontram-se em piores condições sociodemográficas, de saúde e de cuidado que homens idosos, pois maior percentual delas mora sozinha, são mais longevas, tem maior número de doenças auto-relatadas e piores índices funcionais, especialmente nas ABVD's.

- A ausência de expectativa de suporte para o cuidado e menor número de pessoas de quem esperar ajuda estiveram associados ao gênero feminino e não variam conforme o avanço da idade.

- A idade avançada esteve relacionada a menores percentuais de incapacidade.

- A maioria dos idosos avalia sua saúde como boa ou muito boa, independente da idade. No entanto, em relação ao gênero, as mulheres predominam o grupo dos que avaliam a própria saúde como ruim ou muito ruim.

2. Quanto às variáveis associadas à ausência de expectativa de suporte para o cuidado em idosos da comunidade:

- Maior número de homens idosos, que residem acompanhados, que deixaram de realizar uma ou mais AAVD e têm saúde percebida boa e muito boa tem expectativa de suporte para o cuidado. No entanto, número significativo de idosos que avaliaram sua saúde como ruim ou muito ruim e idosos que residem sozinhos não têm expectativa de suporte para o cuidado.

- Os idosos que avaliam a própria saúde como ruim ou muito ruim são aqueles com mais chance de ter expectativa de suporte para o cuidado ausente.

- Idosos que residem sozinhos e as mulheres têm mais chance de não ter expectativa de suporte para o cuidado.

Referências Bibliográficas

1. Ramos MP. Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*. 2002;4(7):156-75.
2. Wethington E, Kessler RC. Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of health and social behavior*. 1986;27(1):78-89.
3. Sarason IG, Sarason BR. Social support: theory, research and applications. Netherlands: Martinus Nijhof; 1985. p.286.
4. Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*. 1979; 109(2):186-204.
5. Wortman CB. Social support and the cancer patient: conceptual and methodologic issues. *Cancer*. 1984;53:2339-60.
6. Barrera M. Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*. 1986;14(4):413-45.
7. Gonçalves TR, Pawlowski J, Bandeira DR, Piccinini CA. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(3):1755-69.
8. Sarason BR, Sarason IG, Pierce GR. Traditional views of social support and their impact on assessment. In: BR Sarason, IG Sarason, Pierce GR. Social support: an interactional view. New York: Wiley;1990. p.9-25.
9. Farouk M, Heather MA. Social support and its relationship to morbidity and mortality after acute myocardial infarction. *Arch Intern Med*. 2004;164(14):1514-8.
10. Martins RML. A relevância do apoio social na velhice. Educação, ciência e tecnologia. 2005: 128-134. [seriado na Internet] [Acesso em 20 janeiro 2012]. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millennium/millennium31/9.pdf>>
11. Cohen S. Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychol*. 1988;7(3):269-97.

12. Vaz Serra A. O Stress na vida de todos os dias. Coimbra: Edições do autor; 1999.
13. Barrón AI. Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid: Siglo Veinteuno. España Editores; 1996. p.111.
14. Cobb S. Social Support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine. 1976;38(5):300-14.
15. Caplan G. Support systems and community mental health. New York: Behavioral Publications; 1974. p.267.
16. Caplan G. The family as support system. In: Caplan G, Killilea M. Support systems and mutual help: multidisciplinary explorations. New York: Grune & Stratton; 1976. p.19-36.
17. Cassell J. The contribution of the social environment to host resistance. American Journal of Epidemiology. 1976;104(2):107-23.
18. Trobst KK. An interpersonal conceptualization and quantification of social support transactions. Pers Soc Psychol Bull. 2000;26(8):971-86.
19. Krause N. Social Support. In: Binstock RH, George LK. Handbook and social sciences 5th; 2001.p.272-94.
20. Samuelsson M, Thernlund G, Ringstron J. Using the five field map to describe the social network of children: A methodological study. International Journal Behavioral development 1996;19(2):327-45.
21. Burgos ACGF. Condições de risco biológico e psicossocial, recursos psicológicos e sociais e funcionalidade em idosos residentes na comunidade [Tese – Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2010.
22. Douglas D, Suurmeijer T, Briancon S, Moum T, Krol B, Bjelle A, et al. An international study on measuring social support: interactions and satisfaction. Soc. Sci. Med. 1996;43(9):1389-97.

23. Norris FH, Kaniasty K. Received and perceived social support in times of stress: a test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of personality and social psychology*. 1996;71(3):498-511.
24. Krause N, Liang J, Gu S. Financial strain, received support, and anticipated support in the People's Republic of China. *Psychology and Aging*. 1998;13(1):58-8.
25. Krause N. Anticipated support, received support, and economic stress among older adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*. 1997;52(6):284-93.
26. Krause N. Received support, anticipated support, and mortality. *Research on aging*. 1997;19(4):387-422.
27. Eckenrode J, Wethington E. The process and outcome of mobilizing social support. In: Duck SW, Silver RC. *Personal relationships and social support*. London: Sage; 1990. p.83-103.
28. Krause N. Social support and feelings of personal control in later life. In: Pierce GR, Lakey B, Sarason IG, Sarason BR. *Source book of social support and personality*. New York: Plenum Press; 1997. p.335-55.
29. Krause N. Longitudinal study of social support and meaning in life. *Psychology and Aging*. 2007;22(3):456-69.
30. Rodin J. Control by any other name: definitions, concepts, and process. In: Rodin J, Schooler C, Schaie KW. *Self-directness: cause and effects through the life course*. Hillsdale: Erlbaum; 1990. p.1-18.
31. McCance TV, McKenna HP, Boore JRP. Boore caring: dealing with a difficult concept. *Int J Nurs Stud*. 1997;34(4):241-8.
32. Watson J. *Nursing: human science and human care, a theory of nursing*. New York: CT: Appleton-Century-Crofts;1985. p.32.
33. Leininger MM. *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press; 1991. p.432.

- 34.** Armstrong P, Kits O. One hundred years of caregiving. Ottawa: Law Commission of Canada; 2001. p.50.
- 35.** Giacomini KC, Uchoa E, Lima-Costa MFF. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. Cadernos de Saúde Pública. 2005;21(5):1509-18.
- 36.** De Valk HAG, Saad PM. Perceptions of filial obligation among migrant and non-migrant elderly: a comparison at the country of origin and destination. Paper presented at the 2008 – European Population Conference, 2008.
- 37.** Camarano AA, Kanso S, Mello JL, Pasinato MT. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: Camarano AA (org.). Os Novos Brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro (RJ): IPEA; 2004. p.137-67.
- 38.** Saad PM. Transferência de apoios intergeracionais no Brasil e na América Latina. In: Camarano AA (org.). Os novos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: Ipea; 2004. p.169-209.
- 39.** Cattani RB, Girardon-Perlini NMO. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2004;6(2):254-71.
- 40.** Brasil. Política Nacional do Idoso. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília; 1994. v.132. n.3. p. 77-79. Seção 1. pt. 1.
- 41.** Brasil. Estatuto do Idoso. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília; 2003. Seção 1, p.1.
- 42.** Brasil. Política Nacional de Saúde do Idoso. Portaria nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999. Diário Oficial da República Federativa do Brasil: Brasília; 1999. n.237-E. p.20-24. 13 dez. Seção 1.

43. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria No 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Política Nacional de Atenção Básica: Brasília (DF), Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2006.
44. Kerber NPC, Kirchhof ALC, Cezar-Vaz MR. Considerações sobre a atenção domiciliária e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. Cad Saúde Publica 2008;24(3):485-93.
45. Andrade F, De Vos S. An analysis of living arrangements among elderly women in Brazil. In: XIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 2002, Ouro Preto-MG; 2002.
46. Camarano AA. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? Revista Estudos Avançados. 2003;17(49):35-63.
47. Lloyd-Sherlock P. Living arrangements of older persons and poverty. In: Population Bulletin of the United Nations. Special Issue, 42/43; 2001.
48. European Commission. Long-term care in the European Union. European Commission Employment, Social Affairs and Equal Opportunities DG Social Protection and Integration Social Protection, Social Services, 2008.
49. BUPA. Bupa Health Pulse, 2010. [disponível em: <http://www.bupa.com/about-us/information-centre/bupa-health-pulse-2010>].
50. Saad PM. Arranjos domiciliares e transferências de apoio informal. In: Lebrão ML, Duarte YAO. O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Organização Pan-americana de Saúde; 2003. p.201-24.
51. Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento. In: Freitas EV (org.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

52. Fried LP, Tangen CM, Waltson J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):146-57.
53. Rockwood K, Mogilner A, Mitnitski A. Changes with age in the distribution of a frailty index. *Mechanisms of Ageing and Development*. 2004;125(7):517-9.
54. Szanton SL, Seplaki CL, Thorpe JR, Aallen JK, Fried LP. Socioeconomic status is associated with frailty: the women's health and aging studies. *J Epidemiol Community Health*. 2010;64(1):63-7.
55. Karunanathan C, Wolfson C, Bergman H, Béland F, Hogan DB. A multidisciplinary systematic literature review on frailty: overview of the methodology used by the Canadian Initiative on Frailty and Aging. *BMC Medical Research Methodology*. 2009; 68(9).
56. Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J, Hogan DB, Hummel S, Karunanathan S, et al. Frailty: an emerging research and clinical paradigm issues and controversies. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2007;62(7):731-7.
57. Putz MT, Lips P, Deeg DJ. Sex differences in the risk of frailty for mortality independent of disability and chronic diseases. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53:40-7.
58. Hogan DB, Macknight C, Bergman H. Models, definitions, and criteria of frailty. *Aging Clin Exp Res*. 2003;15(3):1-29.
59. Mitnitski AB, Graham JE, Mogilner AJ, Rockwood K. Frailty, fitness and late-life mortality in relation to chronological and biological age. *BMC Geriatrics*. 2002;2:1-11.
60. Schuurmans H, Steverink N, Lindenberg S, Frieswijk N, Slaets JPJ. Old or frail: what tells us more? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004;59(9):962-5.
61. Strawbridge WJ, Shema SJ, Balfour JL, Higby HR, Kaplan GA. Antecedents of frailty over three decades in an older cohort. *J Gerontol Soc Sci*. 1998;3(1):9-16.

- 62.** Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004;59(3):255-63.
- 63.** Ferrucci L, Guaralnik JM, Cavazzini C, Bandinelli S, Lauretani F, Bartali B, et al. The frailty syndrome: a critical issue in geriatric oncology. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2003;46(2):127-37.
- 64.** Rosset I, Roriz-Cruz M, Santos JLF, Haas VJ, Fabrício-Wehbe SCC, Rodrigues AP. Diferenciais socioeconômicos e de saúde entre duas comunidades de idosos longevos. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(2):391-400.
- 65.** Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad. Saúde Pública*. 2003;19(3):861-6.
- 66.** Medina C, Shiarassu M, Goldfeder M. Das incapacidades e do acidente cerebrovascular. In: Karsch UM (org.). *Envelhecimento com Dependência: Revelando Cuidadores*. São Paulo: EDUC; 1998. p.199-214.
- 67.** Neri AL. Feminização da velhice. In: Neri AL (org). *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP; 2007. p.47-64.
- 68.** Santos JLF. Análise de sobrevivência sem incapacidades. In: Lebrão ML, Duarte YAO. *O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*; 2003. p.167-82
- 69.** Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*. 1997;38(1):21-37.
- 70.** Lebrão ML, Laurenti R. Condições de saúde. In: Lebrão ML, Duarte YAO. *O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*; 2003. p.73-92.
- 71.** Baltes MM, Silvenberg AS. A dinâmica dependência-autonomia no curso de vida. In: Neri AL. *Psicologia do envelhecimento: temas selecionados na perspectiva do curso de vida*. Campinas: Papirus; 1995. p.45-53.

- 72.** Duarte YAO. Desempenho funcional e demandas assistenciais. In: Lebrão ML, Duarte YAO. O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial; 2003. p.183-200.
- 73.** Fontes AP, Fortes-Burgos ACG, Mello DM, Pereira AA, Neri AL. Arranjos domiciliares, expectativa de cuidado, suporte social percebido e satisfação com as relações sociais. In: Neri AL, Guariento ME (org.). Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do estudo FIBRA Campinas. Campinas (SP): Alínea. 2011; p.55-74.
- 74.** Duarte YAO, Barros TR. Refletindo sobre a construção de uma ajuda. In: Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p.87-99.
- 75.** Neri AL, Yassuda MS, Fortes-Burgos ACG, Mantovani EP, Arbex FS, Torres AVS, et al. FIBRA Campinas: fundamentos e metodologia de um estudo sobre fragilidade em idosos da comunidade. In: Neri AL, Guariento ME (org.): Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do estudo FIBRA Campinas. Campinas (SP): Alínea. 2011. p.27-54.
- 76.** Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatric Res.* 1975;12:189-98.
- 77.** Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003;61(3B):777-81.
- 78.** Baltes MM, Mayr U, Borchelt M, Maas I, Wilms HU. Everyday competence in old and very old age: An interdisciplinary perspective. *Ageing and Society.* 1993;13:657-80.
- 79.** Reuben DB, Laliberte L, Hiris J, Mor V. A hierarchical exercise scale to measure functions at the Advanced Activities of Daily Living (AADL) level. *Journal of the American Geriatric Society.* 1990;38(8):855-61.

- 80.** Strawbridge WJ, Wallhagen MI, Cohen RD. Successful Aging and Well-Being: Self-Rated Compared With Rowe and Kahn. *Gerontologist*. 2002;42(6):727-33.
- 81.** Souza AC, Magalhães LC, Teixeira-Salmella LT. Adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do Perfil de Atividade Humana. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006;22(12):2623-36.
- 82.** Lawton MP, Brody P. Assessment of older people: Self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.
- 83.** Brito FC, Nunes MI, Yuaso DR. Multidimensionalidade em Gerontologia: Instrumentos de avaliação. In: Netto MP (org.). *Tratado de Gerontologia*. São Paulo: Atheneu; 2007. p.133-48.
- 84.** Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*. 1963;185(12):914-9.
- 85.** Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAD, Ribeiro Filho ST, Buckman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (Escala de Katz). *Cad. de Saúde Pública*. 2008;24(1):103-12.
- 86.** Taylor HL, Jacobs DR, Schucker B, Knudsen J, Leon AS, Debacker G. A questionnaire for the assessment of leisure time physical activities. *Journal of Chronic Disease*. 1978;31(12):741-55.
- 87.** Lustosa L, Pereira D, Dias R, Britto R, Pereira L. Tradução, adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas do Questionário Minnesota de Atividades Físicas e de Lazer. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
- 88.** Ainsworth B, Haskell W, Whitt M, Irwin M, Swartz A, Strath S, et al. Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Med Sci Sports Exerc*. 2000;32(9):498-504.

- 89.** Radloff LS. The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*. 1977;1:385-401.
- 90.** Batistoni SST, Neri AL, Cupertino APFB. Validade da escala de depressão do Center of Epidemiological Studies (CES-D) entre idosos brasileiros. *Rev. Saúde Pública*. 2007;41(4):598-605.
- 91.** Guralnik JM, Simonsick EM, Ferrucci L, Glynn RJ, Berkman LF, Blazer DG, et al. A Short Physical Performance Battery Assessing Lower Extremity Function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *Journal of Gerontology Medical Sciences*. 1994;49(2):85-94.
- 92.** Nakano MM. Versão Brasileira da Short Physical Performance Battery-SPPB: adaptação cultural e estudo de confiabilidade. [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2007.
- 93.** Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, Duncan PW, Judge JO, King AC, et al. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc*. 2007;39(8):1435-45.
- 94.** International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals: writing and editing for biomedical publication. Vancouver: CMJE. [Disponível em:< www.icmje.org>]
- 95.** Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Bull World Health Organ*. 2007;85(11):867-72.
- 96.** Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev. Saúde Pública*. 2010;44(3):559-65.
- 97.** Virtuoso Júnior JS, Guerra RO. Incapacidade funcional em mulheres idosas de baixa renda *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(5):2541-8.

- 98.** Soares O, Tavares DMS, Dias FA, Diniz MA, Geib S. Morbidades, capacidade funcional e qualidade de vida de mulheres idosas. *Escola Ana Nery*. 2010;14(4):705-11.
- 99.** Sousa AI, Silver LD, Griep RH. Apoio social entre idosas de uma localidade de baixa renda no Município do Rio de Janeiro. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(5):625-31.
- 100.** Gautam R, Saito T, Houde SC, Kai I. Social interactions and depressive symptoms among community dwelling older adults in Nepal: a synergic effect model. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011;53(1):24-30.

Anexos

ANEXO 1

Pesquisa: Perfis de fragilidade em idosos brasileiros (Rede FIBRA)

Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu,....., R.G. nº, concordo em participar da pesquisa intitulada Perfis de Fragilidade em idosos brasileiros – Rede FIBRA, de responsabilidade da Profª Drª Anita Liberalesso Neri, psicóloga, CRP nº 70408/06, pesquisadora da Universidade Estadual de Campinas, Estado de São Paulo. A pesquisa tem por objetivo descrever a prevalência, as características e os principais fatores associados à fragilidade biológica em homens e mulheres com 65 anos e mais, residentes em diferentes cidades e regiões geográficas brasileiras. Serão investigados aspectos sociais, da saúde, da capacidade funcional e do bem estar psicológico dos idosos numa sessão de coleta de dados com 30 a 90 minutos de duração. Essa sessão contará de entrevista, medidas de peso, altura, cintura, quadril e abdômen, medida de pressão arterial, coleta de sangue, exame rápido dos dentes, uma prova de força do aperto de mão e uma prova de velocidade do caminhar. Este trabalho trará importantes contribuições para o conhecimento da saúde e do estilo de vida e ajudará a aperfeiçoar os procedimentos de diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças dos idosos. Depois de terminada a participação de cada idoso na coleta de dados, cada um receberá orientações sobre saúde, baseadas em seus resultados de pressão arterial, peso, altura, circunferências de cintura, abdômen e quadril. O objetivo dessas orientações é ajuda-los a se cuidarem bem. Tenho ciência de que a minha participação neste estudo não trará qualquer risco ou transtorno para a minha saúde e que minha participação não implicará em nenhum tipo de gasto. Sei que os resultados da pesquisa serão divulgados em reuniões científicas e em publicações especializadas, sem que os nomes dos participantes sejam revelados. Ou seja, estou ciente de que meus dados

estão protegidos por sigilo e anonimato. Tenho conhecimento de que minha participação na pesquisa é voluntária e que a qualquer momento eu poderei deixar de participar. Sei também que em caso de dúvida, eu poderei entrar em contato com a coordenadora da pesquisa ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas, cujos endereços estão informados neste documento.

Eu,....., declaro que fui adequadamente esclarecido(a) sobre a natureza desta pesquisa e da minha participação, nos termos deste documento. Declaro que concordo em participar por livre e espontânea vontade e que não sofri nenhum tipo de pressão para tomar esta decisão.

_____, _____ de _____ de 200____
(Cidade) (Data)

(Assinatura)

Nome do participante: _____

Endereço: _____

Responsável pela pesquisa: Prof^a Dra^a Anita Liberalesso Neri

(Assinatura)

Telefone: 19-3521-5555 e 3521-5670

e-mail: anitalbn@fcm.unicamp.br

Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa do HC/Unicamp: 19-25218936

e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Nota: Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em duas vias. Depois de assinadas, uma ficará com o participante e a outra com a pesquisadora.

Pesquisa: Perfis de Fragilidade em Idosos Brasileiros

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

ANEXO 2

Parecer do Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp para o Estudo FIBRA – Pólo Unicamp (2008-2009)

PARECER DO CEP REFERENTE AO PROJETO: ESTUDO DA FRAGILIDADE EM IDOSOS BRASILEIROS- REDE FIBRA

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

© www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 10/07/07.

(Grupo III)

PARECER CEP: nº 208/2007 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)

C.A.A.E: 0 151.1.146.000 -07

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "ESTUDO DA FRAGILIDADE EM IDOSOS BRASILEIROS - REDE FIBRA"

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Anita Liberalesso Neri

INSTITUIÇÃO: UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 10/04/2007 -

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 22/05/08 (O formulário encontra-se no *site* acima)

II - OBJETIVOS

Estudar a síndrome biológica de fragilidade entre idosos brasileiros a partir dos 65 anos que residam em zonas urbanas de regiões geográficas diferentes, levando em conta variáveis sócio-demográficas, antropométricas, de saúde e funcionalidade física, mentais e psicológicas.

III - SUMÁRIO

Estudo populacional multicêntrico de idosos, com amostra bem definida e identificação de diferentes regiões urbanas categorizadas pelo IDH.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O estudo está estruturado e justificado. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está adequado, após resposta do parecer.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

ANEXO 3

Parecer do Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp para o presente estudo.



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 28/09/10.
(PARECER CEP: N° 208/2007)

PARECER

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “ESTUDO DA FRAGILIDADE EM IDOSOS BRASILEIROS - REDE FIBRA”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Anita Liberalesso Neri

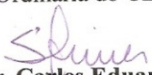
II - PARECER DO CEP.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP tomou ciência e aprovou o adendo que inclui o projeto “VARIÁVEIS RELACIONADAS À EXPECTATIVA DE CUIDADO EM IDOSOS COM E SEM CRITÉRIOS DE FRAGILIDADES – DADOS DA REDE FIBRA (CAMPINAS)”, com finalidade de mestrado da aluna Déborah Cristina de Oliveira, referente ao protocolo de pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

III – DATA DA REUNIÃO

Homologado na IX Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 28 de setembro de 2010.


Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo 1 ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VI - DATA DA REUNIÃO

Homologado na V Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 22 de maio de 2007. **Profa. Dra. Canim Avia Bertuzzo**

PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FCM / UNICAMP - - - -

(---mire de Ética em Nesquisa - CNiC'rINiY

FONE (019) 352[-i936

Rua:Te:.áliaVieiradeCamargo,126

('aix:aPostatb111

l=-15 (Qt4)3i27-71\$^

131i84')1 Cainpinas- sP

cep Éi fcm.uiticana{a.br

ANEXO 4

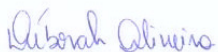
Pesquisa: Perfis de fragilidade em idosos brasileiros (Rede FIBRA) Carta de consentimento da coordenadora do Projeto FIBRA – Pólo Unicamp para utilização do banco de dados.

Ao Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP

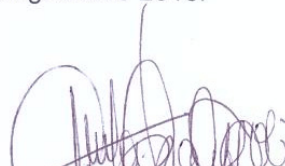
Senhora Presidente,

Eu, Déborah Cristina de Oliveira, abaixo assinado/a, mestrando/a do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela FCM Unicamp, venho por meio deste informar que o meu projeto de pesquisa denominado: “Variáveis relacionadas à expectativa de cuidado em idosos com e sem critérios de fragilidade: dados do FIBRA Campinas (SP)” é um adendo ao “Estudo da fragilidade em idosos brasileiros”, aprovado pelo CEP, parecer número 208/2007, e que tenho consentimento para uso do banco de dados, por parte da Prof^a Dr^a Anita Liberalesso Neri, coordenadora do projeto.

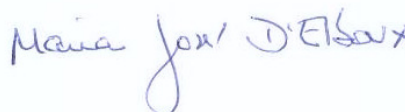
Campinas, 05 de agosto de 2010.



Déborah Cristina de Oliveira
Aluna de Pós-Graduação em
Enfermagem



Profª Drª Anita Liberalesso Neri
Coordenadora do projeto



ANEXO 5

Pesquisa: Perfis de fragilidade em idosos brasileiros (Rede FIBRA)

Bloco B – Características sociodemográficas

1.	Qual é o seu estado civil?	Casado(a) ou vive com companheiro(a) Solteiro(a) Divorciado(a), separado(a) ou desquitado(a) Viúvo(a) NR	(1) (2) (3) (4) (99)
2.	Qual sua cor ou raça?	Branca Preta Mulata/cabocla/parda Indígena Amarela/oriental NR	(1) (2) (3) (4) (5) (99)
3.	Qual sua ocupação durante a maior parte de sua vida? (procurar obter informações precisas a respeito da ocupação).	_____ NR	(99)
4.	Trabalha atualmente?	Sim O que o senhor faz? _____ (procurar informações precisas sobre o tipo de ocupação) Não NR	(1) (0) (99)
4.	O (a) senhor(a) é aposentado(a) ou pensionista?	Sim Não NR	(1) (0) (99)

5.	O senhor(a) é alfabetizado, isto é, é capaz de ler e escrever um bilhete simples? (Se a pessoa responder que aprendeu a ler e escrever mas esqueceu, ou que só é capaz de assinar o próprio nome, marcar “não”).	Sim Não NR	(1) (0) (99)
6.	Qual foi o curso mais elevado que freqüentou?	Nunca foi à escola, ou não chegou a concluir a 1ª série primária ou o curso de alfabetização de adultos Curso de alfabetização de adultos Primário (atual nível Fundamental 1ª a 4ª série) Ginásio (atual nível Fundamental, 4ª a 8ª série) Científico, Clássico (atuais Curso Colegial) ou Normal (Curso de Magistério) Curso Superior Pós-graduação, com obtenção do título de Mestre ou Doutor NR	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (99)
6a	Até que série desse curso o senhor estudou?	_____ NR	(99)
7	Quantos filhos o(a) senhor(a) tem?	_____ NR	(99)

8.	Com quem o (a) senhor(a) mora? (Assinalar todas as que se aplicam)	Sozinho (a) Marido / mulher/ companheiro (a) Filho(s) ou enteado(s) Netos Bisnetos Outros parentes _____ Outros (amigo, empregado, etc.) NR	Sim (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (99)	Não (0) (0) (0) (0) (0) (0) (0) (0) (99)
9.	O senhor(a) é proprietário de sua residência?	Sim Não NR		(1) (0) (99)
10.	O(a) senhor(a) é o principal responsável pelo sustento da família?	Sim Não NR		(1) (0) (99)
11.	Qual a sua renda mensal, proveniente do seu trabalho, da sua aposentadoria ou pensão?	_____ NR		(99)
12.	Qual a renda mensal das pessoas que moram em sua casa, incluindo o(a) senhor(a)?	_____ NR		(99)

ANEXO 6

Pesquisa: Perfis de fragilidade em idosos brasileiros (Rede FIBRA)

BLOCO F – Medidas de fragilidade

1) ATIVIDADE FÍSICA

- Trabalhos Domésticos

115. O(a) senhor(a) realiza algum trabalho doméstico leve?(tirar o pó, lavar louça, consertar roupas, etc) ☐ 0- Nunca (ou menos de uma vez por mês)
☐ 1- Às vezes (somente quando não há parceiro ou ajudante)
☐ 2- Frequentemente (às vezes ajudado pelo parceiro ou ajudante)
☐ 3- Sempre (sozinho ou com ajuda)
116. O(a) senhor(a) faz algum trabalho doméstico pesado? (lavar pisos e janelas, carregar sacos de lixo, etc) ☐ 0- Nunca (ou menos de uma vez por mês)
☐ 1- Às vezes (somente quando não há parceiro ou ajudante)
☐ 2- Frequentemente (às vezes ajudado pelo parceiro ou ajudante)
☐ 3- Sempre (sozinho ou com ajuda)
117. Para quantas pessoas o(a) senhor(a) realiza trabalhos domésticos, incluindo o(a) senhor(a) mesmo(a)? (preencher se respondeu nunca nas questões 1 e 2). _____
118. Quantos cômodos o(a) senhor(a) limpa, incluindo cozinha, quarto, garagem, porão, banheiro, sótão, etc? ☐ 0- Nunca realiza serviços
☐ 1- Um a seis cômodos
☐ 2- Sete a nove cômodos
☐ 3- Dez ou mais cômodos
119. Se limpa cômodos, em quantos andares? (preencher 0 se o senhor (a) respondeu nunca na questão 4) _____
120. O(a) senhor(a) cozinha ou ajuda no preparo da comida? ☐ 0- Nunca
☐ 1- Às vezes (uma ou duas vezes por semana)
☐ 2- Frequentemente (três a cinco vezes por semana)
☐ 3- Sempre (mais que cinco vezes)

121. Quantos lances de escada o(a) senhor(a) sobe por dia? (um lance de escadas equivale a dez degraus)

☐ 0- Nunca subo escada

☐ 1- Um a cinco lances

☐ 2- Seis a dez lances

☐ 3- Mais de dez lances

122. Se o(a) senhor(a) vai a algum lugar em sua cidade, qual é o tipo de transporte usado?

☐ 0- Nunca sai

☐ 1- Carro

☐ 2- Transporte público

☐ 3- Bicicleta

☐ 4- Caminho

123. Quantas vezes o(a) senhor(a) sai para fazer compras?

☐ 0- Nunca ou menos de uma vez por semana

☐ 1- Uma vez por semana

☐ 2- Duas a quatro vezes por semana

☐ 3- Todos os dias

124. Se o(a) senhor(a) sai para fazer compras, qual o tipo de transporte usado?

☐ 1- Carro

☐ 2- Transporte público

☐ 3- Bicicleta

☐ 4- Caminho

- Atividades Esportivas

125. O(a) senhor(a) pratica esportes?

☐ 1) sim ☐ 0) não

(99) NR

(a)

(b)

(c)

Nome_____

Nome_____

Nome_____

Intensidade_____ (a)

Intensidade_____ (a)

Intensidade_____ (a)

Horas/semana_____ (b)

Horas/semana_____ (b)

Horas/semana_____ (b)

Períodos do

Períodos do

Períodos do

ano_____ (c)

ano_____ (c)

ano_____ (c)

- Atividades de Tempo Livre

126. O(a) senhor(a) pratica alguma outra atividade no (1) sim (0) não
seu tempo livre? (99)NR

(a) (b) (c)
Nome _____ Nome _____ Nome _____

Intensidade _____ (a) Intensidade _____ (a) Intensidade _____ (a)

Horas/semana _____ (b) Horas/semana _____ (b) Horas/semana _____ (b)
Períodos do Períodos do ano Períodos do
ano _____ (c) _____ (c) ano _____ (c)

2) FADIGA

Pensando na última semana, diga com que frequência as seguintes coisas aconteceram com o(a) senhor(a):

		Nunca/ Raramente	Poucas vezes	Na maioria das vezes	Sempre
158.	Sentiu que teve que fazer muito esforço para dar conta das suas tarefas habituais?	(0)	(1)	(2)	(3)
159.	Sentiu-se tão cansado que não conseguiu fazer suas tarefas habituais?	(0)	(1)	(2)	(3)

3) PERDA DE PESO NÃO INTENCIONAL NO ÚLTIMO ANO

176	O/A senhor/a perdeu peso sem querer nos últimos 12 meses?	Sim Quantos quilos? Não NR	(1) _____ (0) (99)
-----	---	---	-----------------------------------

4) MEDIDA DE FORÇA DE PREENSÃO COM O DINAMÔMETRO JAMAR

Passos para realizar o teste:

- a) Posicionamento do paciente:
 - i) Ele/ela deverá estar sentado(a) de forma confortável em uma cadeira normal sem apoio para os braços (cadeira da mesa de refeições, por exemplo). Observar se os dois pés do(a) paciente estão apoiados no chão;
 - ii) Identifique a mão dominante: é aquela com a qual ele/ela escreve ou se for analfabeto(a) aquela em que tem maior destreza (mexe a panela, descasca frutas com a faca, bate um prego na parede);
 - iii) O ombro deve ser aduzido (colocado junto ao corpo);
 - iv) O cotovelo deve ser flexionado a 90° (formando um ângulo reto entre o braço e o antebraço);
 - v) O antebraço deve ficar em posição neutra, ou seja, com o polegar apontando para o teto;
 - vi) A posição do punho deve ser confortável, ou seja, a posição normal para pegar um objeto grosso na palma da mão.

2) Ajuste do dinamômetro

- a) Após colocar o aparelho na mão dominante do(a) paciente, conforme as instruções acima, ajuste-o da seguinte maneira:
 - i) A alça móvel do aparelho deve ser colocada na posição II, ou em outra posição acima ou abaixo desta marca, caso o(a) paciente seja ou muito grande ou muito pequeno e tenha a mão maior ou menor, em relação à média das pessoas.

3) Comando para o teste:

- a) Será dado um comando verbal pelo examinador, em voz alta, dizendo: “agora aperte bem forte a alça que o senhor(a) está segurando, vamos força, força...”;
- b) Esse comando verbal deve ser dado por seis segundos, após o que o idoso(a) deve relaxar a mão;
- c) Esse procedimento deve ser repetido três vezes, deixando o idoso(a) descansar um minuto entre os testes;
- d) Para ler o resultado, procure verificar onde o ponteiro parou, para isto procure as marcas em Kgf (quilogramas força);

- e) Após a realização de cada teste gire o pino central do leitor de medidas no sentido anti-horário (contrário aos ponteiros do relógio), deixando-o zerado para o próximo teste. Observar que este procedimento deve ser feito após cada um dos testes realizados por um mesmo(a) paciente e por diferentes pacientes.

4) Registro dos resultados

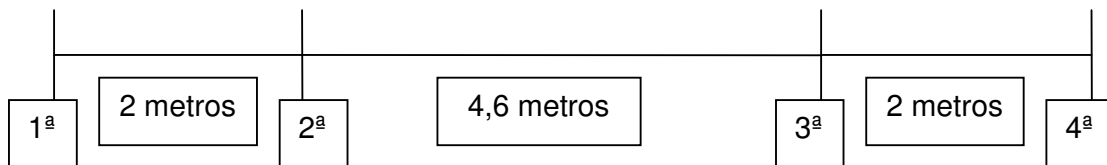
- a) 1ª medida de força de preensão: _____ Kgf
b) 2ª medida de força de preensão: _____ Kgf
c) 3ª medida de força de preensão: _____ Kgf

177. MÉDIA: $a + b + c / 3 =$ _____ Kgf

5) MEDIDA DE VELOCIDADE DE MARCHA

1) Organização do local para a realização do teste:

- a) Encontrar um espaço plano que tenha 8,6 metros livres, sem irregularidades no solo como pedras soltas, buracos, areia, galhos, folhas ou qualquer outra coisa que dificulte o caminhar normal da pessoa;
b) Com a fita crepe faça 4 marcas da seguinte maneira:



2) Posicionamento do indivíduo e orientações para a realização do teste:

- a) O calçado usado no teste deve ser aquele que é usado a maior parte do tempo (sapato, tênis, sandália ou chinelo) e se o indivíduo usa qualquer dispositivo para auxiliar a marcha (bengala, andador, sombrinha, pau...), o teste deverá ser feito com esse dispositivo;
b) Colocar o indivíduo de pé na primeira marca, com os dois pés apoiados no solo e ligeiramente afastados;
c) O comando verbal para iniciar o teste será: “ande no seu ritmo normal até a última marca no chão, ou seja, como se estivesse andando na rua para fazer uma compra na padaria;
d) O cronômetro deverá ser acionado quando o primeiro pé do indivíduo tocar o chão imediatamente após a 2ª marca e travado imediatamente após a retirada

do pé do chão antes da 3ª marca, ou seja só deve ser registrado o tempo que gasto para percorrer o espaço entre a 2ª e a 3ª marcas (4,6 metros). O tempo que é gasto nas partes iniciais e finais do trajeto não precisa ser registrado (2 metros iniciais e finais);

- e) Antes de realizar efetivamente o teste, certifique-se que o indivíduo entendeu corretamente o procedimento. Para tanto, faça-o andar confortavelmente no trajeto do teste uma ou duas vezes, após o que ele deve se sentar por alguns momentos antes de ser posicionado para os três testes a serem registrados;
- f) Esse procedimento deverá ser repetido três vezes com intervalos de um minuto entre cada teste. O indivíduo deverá aguardar a realização de cada teste subsequente, mantendo-se na posição de pé.

3) Registro dos resultados:

- a) 1ª medida de velocidade da marcha: _____ metros/segundo
- b) 2ª medida de velocidade da marcha: _____ metros/segundo
- c) 3ª medida de velocidade da marcha: _____ metros/segundo

178. MÉDIA: _____ metros/segundo

Pesquisa: Perfis de fragilidade em idosos brasileiros (Rede FIBRA)

Bloco G - Saúde física

- Doenças crônicas auto-relatadas como tendo sido diagnosticadas por médico nos últimos 12 meses

Nos últimos 12 meses, ou de março deste ano a março do ano passado (adaptar os nomes dos meses), algum médico disse que o senhor(a) tem algum dos seguintes problemas de saúde?

34	Problema do coração/doença do coração?	Sim	(1)
		Não	(0)
		NR	(99)
35	Pressão alta/hipertensão?	Sim	(1)
		Não	(0)
		NR	(99)
36	Derrame?	Sim	(1)
		Não	(0)
		NR	(99)
37	Diabetes Mellitus ? (Certificar-se de que as mulheres entenderam que é nos últimos 12 meses, de forma que o diabetes gestacional fique excluído).	Sim	(1)
		Não	(0)
		NR	(99)
38	Câncer?	Sim	(1)
		Não	(0)
		NR	(99)
39.	Artrite ou reumatismo?	Sim	(1)
		Não	(0)
		NR	(99)
40.	Doenças do pulmão como por exemplo bronquite e enfisema?	Sim	(1)
		Não	(0)
		NR	(99)
41.	Depressão?	Sim	(1)
		Não	(0)
		NR	(99)
42.	Osteoporose?	Sim	(1)
		Não	(0)
		NR	(99)

- Avaliação subjetiva da saúde (saúde percebida)

66.	De um modo geral, como o senhor(a) avalia a sua saúde no momento atual?	Excelente	(5)
		Muito boa	(4)
		Boa	(3)
		Regular	(2)
		Muito ruim	(1)
		NR	(99)
67.	Como o(a) senhor (a) avalia sua saúde em comparação com a de outras pessoas da sua idade?	Melhor	(3)
		Igual	(2)
		Pior	(1)
		NR	(99)

ANEXO 8

Pesquisa: Perfis de fragilidade em idosos brasileiros (Rede FIBRA)

Bloco J – Independência funcional para AAVD's, AIVD' e ABVD's e Expetativa de cuidado para AIVD's e ABVD's

- Atividades avançadas de vida diária

Eu gostaria de saber qual é a sua relação com as seguintes atividades?

		Nunca fez	Parou de fazer	Ainda faz
83	Fazer visitas na casa de outras pessoas	(1)	(2)	(3)
84	Receber visitas em sua casa	(1)	(2)	(3)
85	Ir à igreja ou templo para rituais religiosos ou atividades sociais ligadas à religião	(1)	(2)	(3)
86	Participar de centro de convivência, Universidade da Terceira Idade ou de algum curso	(1)	(2)	(3)
87	Participar de reuniões sociais, festas ou bailes	(1)	(2)	(3)
88	Participar de eventos culturais, tais como concertos, espetáculos, exposições, peças de teatro ou filmes no cinema	(1)	(2)	(3)
89	Dirigir automóvel	(1)	(2)	(3)
90	Fazer viagens de 1 dia para fora da cidade	(1)	(2)	(3)
91	Fazer viagens de duração mais longa para fora da cidade ou do país	(1)	(2)	(3)
92	Fazer trabalho voluntário	(1)	(2)	(3)
93	Fazer trabalho remunerado	(1)	(2)	(3)
94	Participar de diretorias ou conselhos de associações, clubes, escolas, sindicatos, cooperativas ou centros de convivência, ou desenvolver atividades políticas	(1)	(2)	(3)

- Atividades instrumentais de vida diária

Agora eu vou perguntar sobre a sua independência para fazer coisas do dia-a-dia.

Gostaria que me dissesse se é totalmente independente, se precisa de alguma ajuda ou se precisa de ajuda total para fazer cada uma das seguintes coisas:

Funções	Opções
95. Usar o telefone I: É capaz de discar os números e atender sem ajuda? A: É capaz de responder às chamadas, mas precisa de alguma ajuda para discar os números? D: É incapaz de usar o telefone? (não consegue nem atender e nem discar)	 () () ()
96. Uso de transporte I: É capaz de tomar transporte coletivo ou táxi sem ajuda? A: É capaz de usar transporte coletivo ou táxi, porém não sozinho? D: É incapaz de usar transporte coletivo ou táxi?	 () () ()
97. Fazer compras I: É capaz de fazer todas as compras sem ajuda? A: É capaz de fazer compras, porém com algum tipo de ajuda? D: É incapaz de fazer compras?	 () () ()
98. Preparo de alimentos I: Planeja, prepara e serve os alimentos sem ajuda? A: É capaz de preparar refeições leves, porém tem dificuldade de preparar refeições maiores sem ajuda? D: É incapaz de preparar qualquer refeição?	 () () ()
99. Tarefas domésticas I: É capaz de realizar qualquer tarefa doméstica sem ajuda? A: É capaz de executar somente tarefas domésticas mais leves? D: É incapaz de executar qualquer trabalho doméstico?	 () () ()
100. Uso de medicação I: É capaz de usar medicação de maneira correta sem ajuda? A: É capaz de usar medicação, mas precisa de algum tipo de ajuda? D: É incapaz de tomar medicação sem ajuda?	 () () ()
101. Manejo do dinheiro I: É capaz de pagar contas, aluguel e preencher cheques, de controlar as necessidades diárias de compras sem ajuda? A: Necessita de algum tipo de ajuda para realizar estas atividades? D: É incapaz de realizar estas atividades?	 () () ()

Resultado:	
102 . Soma de Is: _____	
103. Soma de As: _____	
104. Soma de Ds: _____	

- Independência em atividades básicas de vida diária

Vou continuar lhe perguntando sobre a sua independência para fazer coisas do dia-a-dia. Gostaria que me dissesse se é totalmente independente, se precisa de alguma ajuda ou se precisa de ajuda total para fazer cada uma das seguintes coisas:

Funções	Opções
106. Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro) - Não recebe ajuda (entra e sai da banheira se esse for o modo habitual de tomar banho). - Recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (por exemplo as costas ou uma perna). - Recebe ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo ou não toma banho sozinho.	(I) (A) (D)
<i>107. Vestir-se (pega as roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive de órteses e próteses, quando forem utilizadas e veste-se completamente sem ajuda.</i> - <i>Pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda.</i> - Pega as roupas e veste-se completamente sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos. - Recebe ajuda para pegar as roupas e vestir-se ou permanece total ou parcialmente sem roupas	(I) (A) (D)
<i>108. Usar do vaso sanitário</i> - Ida ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos de apoio, como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-os de manhã) - Recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou o urinol à noite. - Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas	(I) (A) (D)

109. Transferência	
- Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador)	(I)
- Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda	(A)
- Não sai da cama	(D)
110. Controle esfinteriano	
- Controla inteiramente a evacuação e a micção	(I)
- Tem “acidentes” ocasionais	(A)
- Necessita de ajuda para manter o controle da evacuação e da micção; usa cateter ou é incontinente.	(D)
111. Alimentar-se	
- Alimenta-se sem ajuda	(I)
- Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar ou passar manteiga no pão	(A)
- Recebe ajuda para alimentar-se ou é alimentado parcialmente ou completamente por meio de cateteres ou fluidos intravenosos.	(D)
112. Resultado:	
0: independente em todas as seis funções	()
1: independente em cinco funções e dependente em uma função	
2: independente em quatro funções e dependente em duas	
3: independente em três funções e dependente em três	
4: independente em duas funções e dependente em quatro	
5: independente em uma função e dependente em cinco	
6: dependente em todas as seis funções	

- Expectativa de suporte para o cuidado em ABVD's e AIVD's

113.	Caso precise ou venha a precisar de ajuda para realizar qualquer uma dessas atividades, o senhor(a) tem com quem contar?	Sim Não NR	(1) (0) (99)
114	Para aqueles que responderam SIM , perguntar: “ Quem é essa pessoa?”	Cônjuge ou companheiro(a) Filha Nora Filho Genro Outro parente Um(a) vizinho(a) ou amigo(a) Um profissional pago NR	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (99)

COPYRIGHT

Campinas, 26 de setembro de 2012.

Latino American Journal of Nursing.

Av. Bandeirantes, 3900, CEP: 14040-902 - Ribeirão Preto - SP – Brasil.

This is to request for COPYRIGHT release(s) of the following article(s) published in Latino American Journal of Nursing for purpose of including in my Ms.C. dissertation. This thesis is for academic use only and it is not going to be used for commercial, advertising or promotion purposes. I am planning in making seven copies of my thesis.

One of these copies will be displayed in The University (Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, Campinas, SP, Brazil) library. In addition, an electronic version of the thesis will be made available at the University Thesis Database.

I thank you very much in advance.

Sincerely,

Déborah Cristina de Oliveira.

Address: *Tessália Vieira de Camargo Street, 126 – University City "Zeferino Vaz", Barão Geraldo - Campinas – SP. 13.083-887*

Phone: *19-3521-9141*

E-mail: *deborah_unicamp@yahoo.com.br*