

Idosos cuidadores em diferentes arranjos de moradia: comparação do perfil de saúde e de cuidado



Senior caregivers in different housing arrangements: comparison of health and care profiles

Ancianos cuidadores en diferentes arreglos de vivienda: comparación del perfil de salud y de cuidado

Nathalia Alves de Oliveira^a 
 Érica Nestor Souza^a 
 Allan Gustavo Brigola^a 
 Estefani Serafim Rossetti^a 
 Marielli Terassi^a 
 Bruna Moretti Luchesi^b 
 Keika Inouye^c 
 Sofia Cristina Iost Pavarini^d 

Como citar este artigo:

Oliveira NA, Souza EM, Brigola AG, Rossetti ES, Terassi M, Luchesi BM, Inouye K, Pavarini SCI. Idosos cuidadores em diferentes arranjos de moradia: comparação do perfil de saúde e de cuidado Rev Gaúcha Enferm. 2019;40:e20180225. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180225>.

RESUMO

Objetivo: Comparar o perfil de saúde física, cognitiva e psicológica e o contexto de cuidado de idosos cuidadores de idosos em diferentes arranjos de moradia.

Método: Estudo quantitativo e transversal realizado com 349 cuidadores divididos em arranjos de moradia unigeracional, bigeracional e multigeracional. Para avaliação foram utilizados questionários sociodemográfico e de cuidado, e instrumentos de avaliações da saúde física, cognitiva e psicológica. Para análises dos dados foram utilizados os testes Qui-quadrado e U Mann Whitney.

Resultados: Os idosos cuidadores de lares unigeracionais eram mais velhos e independentes para as atividades instrumentais de vida diária. Nos arranjos de moradia multigeracionais houve proporção significativamente maior de cuidadores que consideravam a renda familiar insuficiente, recebiam ajuda emocional e sentiam-se mais sobrecarregados e estressados.

Conclusão: As diferenças identificadas entre os grupos podem contribuir para elaboração de políticas de cuidado e promoção da saúde de idosos cuidadores.

Palavras-chave: Idoso. Cuidadores. Família. Relações familiares.

ABSTRACT

Objective: To compare the physical, cognitive and psychological health profile and care context of elder caregivers of the elderly in different home arrangements.

Method: Quantitative and transversal study with elderly caregivers. The sample consisted of 349 caregivers divided into mono-generational, bi-generational and multi-generational housing arrangements. Sociodemographic and care questionnaires and physical, cognitive and psychological health assessment instruments were used for evaluation. The Chi-square distribution and Mann Whitney's U were used for data analysis.

Results: Elderly caregivers in mono-generational homes were significantly older and independent for instrumental activities of daily living. In multigenerational households there was a significantly greater proportion of caregivers who considered family income insufficient, received emotional help, and felt overwhelmed and stressed.

Conclusion: The differences identified between the groups can contribute to the elaboration of care policies and for the health promotion of elderly caregivers.

Keywords: Aged. Caregivers. Family. Family relations.

RESUMEN

Objetivo: Comparar el perfil de salud física, cognitiva y psicológica y el contexto de cuidado de cuidadores ancianos en diferentes arreglos habitacionales.

Método: Estudio cuantitativo y transversal con cuidadores de ancianos. La muestra fue formada por 349 cuidadores divididos en arreglos de vivienda unigeracionales, bigeracionales y multigeracionales. Para la evaluación, se utilizaron cuestionarios sociodemográficos, asistenciales y de estudio de salud física, cognitiva y psicológica. Las pruebas de Chi cuadrado y U Mann Whitney se utilizaron para el análisis de datos.

Resultados: Los cuidadores unigeracionales ancianos fueron significativamente más viejos e independientes para las actividades instrumentales de la vida diaria. En los arreglos de alojamiento multigeracional, una proporción significativamente mayor de cuidadores que consideraban la renta familiar insuficiente recibía ayuda emocional y se sentía más sobrecargada y estresada.

Conclusión: Las diferencias identificadas entre los grupos pueden contribuir al desarrollo de políticas de cuidado y promoción de la salud del anciano cuidador.

Palabras clave: Anciano. Cuidadores. Familia. Relaciones familiares.

^a Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. São Carlos, São Paulo, Brasil.

^b Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), Departamento de Medicina, Campus de Três Lagoas. Três Lagoas, Mato Grosso do Sul, Brasil.

^c Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Departamento de Gerontologia, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. São Carlos, São Paulo, Brasil.

^d Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Departamento de Gerontologia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. São Carlos, São Paulo, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

O arranjo de moradia refere-se ao número de pessoas que integram uma unidade familiar e as relações geracionais existentes entre elas⁽¹⁾. Nos últimos anos, as características e os fatores determinantes dos arranjos de moradia dos idosos têm sido objeto de um grande número de estudos, pois apresentam implicações importantes para o bem estar e interação social, e podem moldar a exposição dos idosos aos fatores de risco e proteção à saúde⁽²⁾.

Pesquisas têm demonstrado que a coresidência de idosos com outros membros da família está condicionada a alguns fatores como cultura, condições de saúde do idoso, rede de suporte social e situação econômica; e os estudos refletem ampla diversidade na formação dos arranjos de moradia de acordo com estes fatores⁽¹⁻³⁾. Residir com o cônjuge tem sido apontado como um dos arranjos de moradia mais benéfico para o bem estar físico e emocional dos idosos⁽³⁻⁴⁾.

Em áreas rurais da China um estudo com 1651 idosos mostrou que a coresidência multigeracional apresentou efeitos benéficos para saúde psicológica dos idosos, e que este tipo de arranjo de moradia é considerado sinal de bom funcionamento familiar, diferente dos Estados Unidos em que esta configuração está associada à quebra de parentalidade pela geração intermediária⁽⁵⁾. Na Coreia do Sul, residir com duas ou três gerações, em que o filho do idoso não está casado, ou residir sozinho foi associado a piores níveis na qualidade de vida⁽⁶⁾.

A família pode em muitos casos, ser a principal fonte de suporte e cuidado para os idosos, em especial em países de baixa e média renda nos quais os serviços sociais e de saúde são limitados. No Brasil, um estudo que investigou a relação entre a configuração familiar e características demográficas e de saúde de 134 idosos, encontrou que a maioria dos idosos eram chefes de família e coresidiam com seus descendentes, e que as mulheres apresentavam maior ônus financeiro e pior saúde física e psicológica quando comparadas aos homens idosos⁽¹⁾.

Ainda que a família represente um forte sistema de apoio aos idosos, as estruturas familiares têm passado por constantes modificações que resultam da combinação entre longevidade e mudanças sociais, e como consequência há um número cada vez menor de membros disponíveis para exercer o cuidado⁽⁷⁾. Neste contexto, os idosos com menos limitações têm se destacado como principais cuidadores familiares de outros idosos com maior nível de dependência⁽⁷⁾.

Considerando as mudanças nas estruturas familiares que se refletem nos arranjos de moradia, a influência deste

na saúde dos idosos, o aumento do número de idosos cuidadores de outros idosos e o pequeno número de estudos sobre este tema no Brasil, o objetivo do presente estudo é comparar o perfil de saúde física, cognitiva e psicológica e o contexto de cuidado de idosos cuidadores que vivem em arranjos de moradia unigeracionais, bigeracionais e multigeracionais. A hipótese é que idosos cuidadores inseridos em lares multigeracionais recebem maior ajuda para exercer o cuidado diário ao idoso e apresentam melhor perfil de saúde.

■ MÉTODO

Estudo transversal e quantitativo, desenvolvido em Unidades de Saúde da Família (USF) do município de São Carlos, Estado de São Paulo-Brasil. A amostra foi composta por idosos cuidadores e os respectivos idosos dependentes de cuidados cadastrados nas 18 USF da cidade. Os critérios de elegibilidade para os idosos cuidadores foram: ter idade igual ou superior a 60 anos; estar cadastrado e residir na área de cobertura das USF; ser cuidador informal (não remunerado) em domicílio de um idoso dependente para pelo menos uma Atividade Básica de Vida Diária (ABVD), avaliada pelo Índice de Katz⁽⁸⁾ e/ou Atividade Instrumental de Vida Diária (AIVD) avaliada pela Escala de Lawton e Brody⁽⁹⁾. Para os idosos dependentes de cuidados os critérios foram: ter idade igual ou superior a 60 anos; estar cadastrado e residir na área de cobertura das USF; ser dependente e receber cuidados de um idoso que morasse na mesma residência.

Foram excluídos os casos em que todos os idosos da residência eram independentes na avaliação das ABVDs e AIVDs, casos de falecimento, os que haviam se mudado de endereço, e os que não foram encontrados após três visitas em dias e horários distintos.

O levantamento dos possíveis participantes foi realizado com a ajuda das equipes de saúde das 18 USF, que listaram todas as residências com dois ou mais idosos das respectivas áreas de abrangência. Nessa primeira etapa, foram identificadas 594 residências e a totalidade delas foi incluída no estudo. Uma equipe formada por Gerontólogos, Enfermeiros e estudantes do Curso de Graduação em Gerontologia, foi treinada para a aplicação dos instrumentos e visitaram as 594 residências. Em 26 domicílios um dos idosos haviam falecido, 28 mudaram de endereço, 69 não foram encontrados, e 84 recusaram-se a participar. Dos 387 domicílios restantes, os idosos foram avaliados e em 36 casas todos eram independentes para as ABVDs e AIVDs, razão pela qual foram excluídos. Dos 351 avaliados, dois foram excluídos por não apresentarem a totalidade dos

dados de interesse desse artigo. A amostra final foi composta por n=698 idosos, sendo n=349 cuidadores e n=349 dependentes de cuidados. Eles foram subdivididos em três grupos de acordo com o arranjo de moradia, G1: arranjos unigeracionais (formado apenas por idosos - ≥60 anos); G2: arranjos bigeracionais (formado por idosos e adultos - entre 18 e 59 anos); G3: arranjos multigeracionais (formado por idosos, adultos, adolescentes e crianças - < 18 anos).

Todas as entrevistas foram conduzidas por uma dupla de avaliadores no domicílio dos idosos. A coleta de dados ocorreu em sessão única com duração de aproximadamente uma hora e trinta minutos, no período de abril a novembro de 2014.

Para avaliação realizada tanto nos idosos cuidadores quanto nos idosos dependentes de cuidado, foram utilizadas as medidas de:

- Índice de Katz⁽⁸⁾ para avaliar as ABVDs, e foram considerados dependentes totais idosos com pontuação igual ou abaixo de dois pontos, dependente parcial pontuações de três a cinco pontos e independente idosos com seis pontos.

- Escala de Lawton e Brody⁽⁹⁾ para avaliar as AIVDs, e foram considerados dependentes totais aqueles com pontuação igual a sete pontos, dependentes parciais os com pontuações entre 8 e 20 pontos, e independentes os com pontuação igual a 21 pontos.

- Cognição: foi avaliada pelo Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R)⁽¹⁰⁾ que avalia domínios cognitivos orientação/atenção; memória; fluência verbal, linguagem e habilidade visuoespacial. O escore geral varia de 0 a 100 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, melhor o desempenho da cognição. Em um estudo brasileiro com uma amostra de idosos da comunidade estabeleceu-se a nota de corte de 65 pontos, que obteve sensibilidade de 75,6% e especificidade de 73,8%⁽¹⁰⁾. Para as análises foi utilizada a nota de corte proposta (65 pontos), sendo a referência o grupo de idosos cuidadores que estavam abaixo da mesma (Estudo atual A de Cronbach = 0,94).

- Fragilidade: analisada segundo o fenótipo de Fried et al.⁽¹¹⁾, com os componentes de perda de peso não intencional autorrelatada (pontuou o componente quem relatou perda de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano); fadiga, avaliada pelas questões: "Com que frequência, na última semana, sentiu que que tudo que fez exigiu um grande esforço?" e "Com que frequência, na última semana, sentiu que não conseguiria levar adiante suas coisas?", pontua o critério de fragilidade quem responder "sempre" ou "na maioria das vezes" em qualquer uma das questões; baixa força de preensão palmar, medida com uso do dinamômetro hidráulico tipo Jamar, Modelo SH5001, fabricado

pela SAEHAN®, Lafayette, Illinois, USA) e calculada de acordo com Índice de Massa Corporal (IMC) (os pontos de corte para pontuar no componente foram os seguintes, para homens: IMC ≤ 24 Força de preensão ≤ 29, IMC 24,1 – 26 Força de preensão ≤ 30, IMC 26,1 – 28 Força de preensão ≤ 30, IMC > 28 Força de preensão ≤ 32; Para mulheres: IMC ≤ 23 Força de preensão ≤ 17, IMC 23,1- 26 Força de preensão ≤ 17,3, IMC 26,1 - 29 Força de preensão ≤ 18, IMC > 29 Força de preensão ≤ 21), lentidão da marcha medida pelo tempo gasto para percorrer 4,6 m em linha reta e calculada de acordo com altura e sexo (os pontos de corte para pontuar no componente foram os seguintes, para homens: Altura ≤ 173 cm Tempo ≥ 7 segundos, Altura > 173 cm Tempo ≥ 6 segundos; Para mulheres: Altura ≤ 159 cm Tempo ≥ 7 segundos, Altura > 159 cm Tempo ≥ 6 segundos), e baixa prática de atividades físicas avaliada pelo item: "O senhor(a) acha que faz menos atividades físicas hoje do que há doze meses atrás?", sendo que a resposta afirmativa ao item pontuava o componente. Foram classificados como frágeis aqueles com: presença de três ou mais componentes, pré-frágeis: presença de um ou dois componentes e não frágeis: sem a presença de nenhum componente. Para análise de comparação foi utilizado o grupo pré-fragil como referência, que possuíam a presença de um ou dois componentes.

A avaliação realizada somente com o idoso cuidador contemplou:

Perfil sociodemográfico: sexo (feminino, masculino), idade (variável contínua); escolaridade (variável contínua), renda familiar (variável contínua), se considera a renda suficiente (sim, não).

Perfil de saúde física, cognitiva e psicológica:

- Dor, avaliada pela questão "O senhor(a) sente dor em alguma região do corpo?" (sim, não).

- Sintomas depressivos: avaliados pela Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)⁽¹²⁾, que contém 15 itens com respostas dicotômicas e pontuações acima cinco indicam presença de sintomas depressivos. Para análise de comparação foi utilizado o grupo sem sintomas depressivos (0-5 pontos) como referência.

- Funcionalidade Familiar: foi utilizado o APGAR de família⁽¹³⁾, avalia a satisfação em relação à adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutive. O escore varia de 0 a 20, e pontuações superiores a 13 indicam boa funcionalidade familiar. Para análise de comparação adotou-se o grupo com boa funcionalidade familiar como referência.

- Sobrecarga de cuidados: avaliada pelo Inventário de Sobrecarga de Zarit (ZBI)⁽¹⁴⁾, que avalia o impacto percebido do ato de cuidar sobre a saúde física, atividade social e

condição financeira. A pontuação total pode variar de 0 a 88 e quanto maior a pontuação maior a sobrecarga de cuidados. Para análise comparativa foi calculada a mediana da amostra geral (n=349), que foi 18 pontos, assim os grupos foram divididos acima e abaixo da mediana. Como referência foi adotado o grupo acima da mediana.

- Estresse: avaliado por meio da Escala de Estresse Percebido (EEP)⁽¹⁵⁾, que contém 14 perguntas que avaliam o nível de estresse percebido. A pontuação final é obtida por meio da soma dos itens e pode variar de 0 a 56, e quanto maior o escore maior o nível de estresse percebido. Para análise comparativa foi calculada a mediana da amostra geral (n=349), que foi 18 pontos. Os grupos foram divididos em acima e abaixo da mediana. Como referência foi adotado o grupo abaixo da mediana.

- Satisfação com a vida: avaliado por meio da seguinte questão: "O senhor(a) está satisfeito com a sua vida?" (pouco/mais ou menos/muito). Para análise comparativa foi adotada como referência o grupo que respondeu estar muito satisfeito com a vida.

- Contexto do cuidado: grau de parentesco com o cuidador (cônjuge, pai ou mãe, sogro(a); irmão(ã); outro), horas diárias de cuidado (variável contínua), gasto mensal com o cuidado (variável contínua), recebe ajuda financeira e/ou emocional para exercer o cuidado (sim, não), número de pessoas na casa (variável contínua).

A avaliação do idoso dependente de cuidados incluiu:

- Perfil sociodemográfico: sexo (masculino; feminino), idade (variável contínua) e escolaridade (variável contínua).

Para análise dos dados, os mesmos foram digitados e validados com dupla e cega entrada no software EpiData 3.1 e exportados para software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS para Windows), versão 20.0. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para analisar a normalidade dos dados, e mediante ausência da mesma (p=0,00), foram de teste Qui-quadrado aplicado em variáveis dicotômicas e teste U Mann Whitney para variáveis contínuas. Para todos os testes o nível estatístico de significância adotado foi de 5% (p≤0,05). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Carlos (parecer nº416. 467/2013), e seguiu as diretrizes da Resolução 466/2012, previstas pelo Conselho Nacional de Saúde. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado, discutido e após devidos esclarecimentos foi solicitada a assinatura e entregue uma cópia do documento a cada participante.

■ RESULTADOS

Das 349 idades avaliadas, 48,8% (n=169) estavam no grupo G1, 30,3% (n=106) no G2 e 21,3% (n=74) no G3. A Tabela 1 mostra os dados de frequência, mediana e p-valor para as comparações das características sociodemográficas e econômicas.

Tabela 1 – Distribuição da frequência, mediana e p-valor das variáveis sociodemográficas e econômicas dos idosos cuidadores (n=349), de acordo com arranjo de moradia, São Carlos, São Paulo, Brasil, 2014

| Variáveis | Frequência/mediana de acordo com o arranjo de moradia | | | Comparações p-valor (95% CI) | | |
|--|---|---------------|--------------|------------------------------|-----------------|-----------------|
| | G1 (n=169) | G2 (n=106) | G3 (n=74) | G1 vs. G2 | G1 vs. G3 | G2 vs. G3 |
| Sociodemográfica | | | | | | |
| Sexo (Feminino) ¹ | 75,7% (128) | 72,6% (77) | 83,8% (62) | 0,56 | 0,16 | 0,07 |
| Idade (anos) ² | 70,0 | 66,0 | 66,0 | 0,00 | 0,00 | 0,93 |
| Escolaridade (anos) ² | 4,0 | 3,0 | 4,0 | 0,37 | 0,90 | 0,56 |
| Econômicas | | | | | | |
| Renda familiar (R\$) ² | 1.599,00 | 2.040,00 | 2.000,00 | 0,13 | 0,12 | 0,86 |
| Renda suficiente para a família (sim) ¹ | 57,4% (97) | 42,6% (49) | 28,4% (21) | 0,19 | 0,00 | 0,02 |
| Estado civil | | | | | | |
| Casado (Sim) ¹ | 88,8% (150) | 89,6% (95) | 94,6% (70) | 0,35 | 0,31 | 0,18 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

¹teste de qui-quadrado; ²teste de U Mann-Whitney.

A Tabela 2 mostra as variáveis do perfil de saúde e do contexto de cuidado dos idosos cuidadores, divididos por grupo de acordo com o arranjo de moradia.

A tabela 3 mostra a comparação para as características sociodemográficas e de saúde dos idosos dependentes

de cuidados. Os grupos de idosos dependentes de cuidado eram semelhantes com relação às variáveis avaliadas, exceto pela idade, na qual grupo de idosos do G1 eram proporcionalmente mais velhos quando comparados aos do G3.

Tabela 2 – Distribuição da frequência, mediana e p-valor das variáveis do perfil de saúde e do contexto do cuidado dos idosos cuidadores (n=349) de acordo com arranjo de moradia, São Carlos, São Paulo, Brasil, 2014

| Variáveis | Frequência/mediana de acordo com o arranjo de moradia | | | Comparações p-valor (95% CI) | | |
|--|---|------------|------------|------------------------------|-------------|-------------|
| | G1 (n=169) | G2 (n=106) | G3 (n=74) | G1 vs. G2 | G1 vs. G3 | G2 vs. G3 |
| Saúde física | | | | | | |
| Katz (independentes) ¹ | 87,0% (147) | 88,7% (94) | 83,8% (62) | 0,83 | 0,59 | 0,37 |
| Lawton (independentes) ¹ | 47,3% (80) | 34,0% (36) | 41,9% (31) | 0,02 | 0,43 | 0,27 |
| Sente dor (sim) ¹ | 62,1% (105) | 57,5% (61) | 63,5% (47) | 0,46 | 0,78 | 0,39 |
| Fragilidade (pré-frágil) ¹ | 59,2% (100) | 47,2% (50) | 60,8% (45) | 0,82 | 0,96 | 0,13 |
| Saúde cognitiva | | | | | | |
| ACER (abaixo da nota de corte) ¹ | 49,1% (83) | 56,6% (60) | 51,4% (38) | 0,22 | 0,74 | 0,48 |
| Saúde psicológica | | | | | | |
| GDS (sem sintomas depressivos) ¹ | 78,1% (132) | 81,1% (86) | 70,3% (52) | 0,52 | 0,11 | 0,27 |
| APGAR (boa funcionalidade familiar) ¹ | 84,6% (143) | 84,9% (90) | 83,8% (62) | 0,89 | 0,79 | 0,72 |
| ZBI (abaixo da mediana) ¹ | 61,5% (104) | 60,4% (64) | 44,6% (33) | 0,84 | 0,01 | 0,03 |
| EEP (abaixo da mediana) ¹ | 56,2% (105) | 53,8% (57) | 35,1% (26) | 0,68 | 0,04 | 0,01 |
| Satisfação com a vida (muito satisfeito) ¹ | 78,7% (133) | 80,2% (85) | 68,9% (51) | 0,93 | 0,11 | 0,09 |
| Contexto de cuidado | | | | | | |
| Número de pessoas na casa ² | 2,0 | 3,0 | 4,0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Grau de parentesco com o cuidador (cônjuge) ¹ | 89,9% (152) | 73,6% (78) | 90,5% (67) | 0,00 | 0,18 | 0,28 |
| Gasto mensal com o cuidado (R\$) ² | 178,00 | 174,28 | 230,00 | 0,62 | 0,94 | 0,36 |
| Ajuda financeira para o cuidado (sim) ¹ | 14,8% (25) | 20,8% (22) | 10,8% (8) | 0,19 | 0,04 | 0,14 |
| Ajuda emocional para o cuidado (sim) ¹ | 43,2% (72) | 44,3% (47) | 56,8% (42) | 0,43 | 0,05 | 0,20 |
| Horas diárias de cuidado ² | 4,0 | 4,0 | 5,0 | 0,32 | 0,41 | 0,29 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

¹teste de qui-quadrado; ²teste de U Mann-Whitney. GDS= Escala de Depressão

Geriátrica. ACE-R= Addenbrooke's Cognitive Examination Revised. ZBI=Inventário de Sobrecarga de Zarit. EEP=Escala de Estresse Percebido.

Tabela 3 – Distribuição da frequência, mediana e p-valor das características demográficas e de saúde dos idosos dependentes de cuidado (n=349) de acordo com arranjo de moradia, São Carlos, São Paulo, Brasil, 2014.

| Variáveis | Frequência/mediana de acordo com o arranjo de moradia | | | Comparações p-valor (95% CI) | | |
|---|---|---------------|--------------|------------------------------|-----------------|-----------------|
| | G1 (n=169) | G2 (n=106) | G3 (n=74) | G1 vs. G2 | G1 vs. G3 | G2 vs. G3 |
| Idoso dependente de cuidados | | | | | | |
| Sexo (masculino) ¹ | 68,6% (116) | 62,3% (66) | 79,7% (59) | p=0,20 | p=0,76 | p=0,12 |
| Idade (anos) ² | 73,0 | 71,0 | 71,7 | p=0,16 | p=0,00 | p=0,75 |
| Escolaridade (anos) ² | 3,0 | 3,0 | 3,0 | p=0,35 | p=0,98 | p=0,45 |
| Katz (independentes) ¹ | 66,9% (113) | 70,8% (75) | 12,2% (9) | p=0,15 | p=0,83 | p=0,82 |
| Lawton (dependência parcial) ¹ | 84,0% (142) | 87,7% (93) | 90,5% (67) | p=0,75 | p=0,36 | p=0,55 |
| Fragilidade (pré- frágeis) ¹ | 46,2% (78) | 47,2% (50) | 54,1% (40) | p=0,83 | p=0,65 | p=0,62 |
| ACER (abaixo da mediana) ¹ | 60,4% (102) | 59,4% (63) | 55,4% (41) | p=0,41 | p=0,42 | p=0,27 |

Fonte: dados da pesquisa, 2014.

¹teste de qui-quadrado; ²teste de U Mann-Whitney. ACE-R= Addenbrooke's Cognitive Examination Revised.

DISCUSSÃO

Neste estudo examinamos as diferenças para a saúde física, cognitiva e psicológica; e contexto de cuidado de idosos cuidadores e idosos receptores de cuidado de acordo com os arranjos de moradia. Diferenças foram identificadas para sexo, idade, suficiência da renda familiar, nível de independência, número de pessoas na casa, parentesco, sobrecarga de cuidados, estresse percebido e receber ajuda emocional e financeira para exercer os cuidados diários.

Em todos os arranjos familiares analisados, a maioria dos idosos cuidadores é mulher. Porém, o G3 foi o que apresentou maior quantidade de cuidadores do sexo feminino. Não se sabe exatamente porque isso aconteceu, mas uma possível explicação recai no fato de que a mulher, como possui um papel de cuidadora que foi definido culturalmente ao longo dos anos⁽¹⁾, pode estar mais apta para realizar tanto o cuidado do idoso dependente, quanto o cuidado de pessoas de outras gerações que moram na mesma casa, como filhos e netos.

No geral, o aumento da idade está diretamente relacionado ao avanço de doenças que contribuem para dependência, e este é um dos motivos que leva à coresidência de idosos com as demais gerações, tanto para países desenvolvidos quanto para países em desenvolvimento⁽⁵⁻⁷⁾. Isso não foi encontrado no nosso estudo, já que os idosos mais velhos moravam em arranjos unigeracionais.

No entanto, os idosos cuidadores de lares unigeracionais, apesar de serem mais velhos, eram mais independentes para as AIVDs. Nos Estados Unidos dados do “National Health Interview Survey” condizem com os resultados do atual estudo ao mostrar que idosos que residiam em lares unigeracionais apresentavam menores limitações físicas para as atividades de vida diária⁽¹⁶⁾. A capacidade funcional para exercer as AIVDs é um importante indicativo de melhor saúde, independência e autonomia dos idosos, e está significativamente associada ao arranjo de moradia em que idosos residem sozinhos ou em lares unigeracionais⁽¹⁻³⁾.

Como era esperado, o número de pessoas na casa foi diferente para os três grupos avaliados, sendo o grupo com arranjo multigeracional o que tinha mais pessoas. Isso pode estar diretamente relacionado à avaliação da suficiência da renda familiar, já que uma menor porcentagem de cuidadores do G3, os quais viviam com mais pessoas na casa, consideravam a renda suficiente. Ou seja, morar com mais pessoas não necessariamente significa ter uma renda maior e, portanto, a mesma pode ser insuficiente para os gastos relacionados à sobrevivência dos membros e ao cuidado.

Outro ponto de destaque no estudo é o estado conjugal. O G1 e o G3 eram os que tinham maior porcentagem de idosos cuidando do cônjuge, enquanto que no G2, os idosos cuidavam também de outros parentes. Sobre esse aspecto, vale destacar que apesar dos dados apontarem que idosos que vivem em arranjos multigeracionais po-

dem ter ido morar nesses arranjos por questões como a viuvez ou separação⁽¹⁻³⁾, ainda existem casais que vivem nesses arranjos. Além disso, esses casais podem viver em arranjos multigeracionais pela necessidade de auxílio para desempenhar o papel de cuidadores.

Uma pesquisa com 4.862 participantes americanos com 65 anos ou mais mostrou que idosos que residem sozinhos ou com outras pessoas, que não seja o cônjuge, apresentam pior bem-estar psicológico comparado aos que residem apenas com o cônjuge⁽¹⁸⁾. A relação entre residir com cônjuge e ter melhor saúde, ainda é questionável na literatura científica. Todavia, apesar dos estudos mostrem que residir com cônjuge é benéfico para a saúde dos idosos⁽²⁻³⁾, em contextos de cuidado esta informação ainda é controversa na literatura.

O perfil de saúde de 40 idosos cuidadores que residiam em contextos de alta vulnerabilidade social foi analisado por pesquisadores brasileiros, que encontraram prevalência de lares unigeracionais, em que os idosos apesar de pontuarem como pré-frágeis, ainda eram independentes para realizar as AIVDs e não apresentavam sintomas depressivos⁽¹⁸⁾. Uma possível explicação para estas diferenças entre os achados dos estudos, pode estar no nível de dependência dos idosos receptores de cuidado. Nesta pesquisa, houve prevalência de idosos que cuidavam do cônjuge com pequena dependência para as ABVDs nos lares unigeracionais, e estes aspectos podem ter influenciado na melhor funcionalidade para as AIVDs dos cuidadores.

A hipótese inicial do presente estudo foi parcialmente confirmada ao encontrarmos que idosos cuidadores de corresidências multigeracionais recebem maior ajuda emocional e financeira para o cuidado diário. Dados de um estudo desenvolvido nos Estados Unidos com idosos de origem Mexicana, avaliou os arranjos de vida, e mostrou que os arranjos multigeracionais proporcionam maior apoio financeiro e auxílio para as atividades de vida diária aos idosos. Os pesquisadores chamam a atenção para os programas de atenção de cuidado voltados a estas famílias, dadas às rápidas mudanças econômicas e sociais, que colocam este modelo familiar em ascensão⁽³⁾.

Ainda que, tenha sido identificado maior apoio emocional e financeiro para exercer o cuidado em corresidências multigeracionais, também foi encontrado que os idosos cuidadores de residência multigeracionais apresentavam maior nível de sobrecarga de cuidados e estresse percebido, e este é um dado que precisa ser analisado e explorado, pois pode direcionar políticas de atenção às famílias que vivem em arranjos multigeracionais e que tem o idoso como cuidador primário de outro idoso.

Em geral os estudos com cuidadores de idosos têm demonstrado estreita relação entre os níveis de sobrecarga e estresse⁽⁷⁻¹⁹⁾. A sobrecarga de cuidados é definida como uma resposta multidimensional a uma avaliação negativa relacionada ao cuidar, e o estresse percebido é percepção negativa do indivíduo às situações da vida de forma geral, ambos derivam do elevado número de atividades diárias em que o cuidador está exposto, e podem prejudicar a saúde física, mental, a estabilidade social e financeira e o bem estar psicológico dos cuidadores⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Resultados de uma pesquisa publicada anteriormente pelo grupo de pesquisa, que identificou quais eram os fatores associados ao estresse percebido dos idosos cuidadores familiares de outros idosos, encontrou que maior número de pessoas vivendo na mesma casa e níveis mais altos de sobrecarga de cuidados estão associados a graus elevados de estresse percebido⁽¹⁹⁾. O maior nível de sobrecarga e estresse em idosos cuidadores de corresidências multigeracionais pode ter relação com o papel que estes idosos cuidadores exercem na família, em que além do cuidado ao idoso podem estar ofertando cuidado aos outros membros e enfrentando maior número de demandas competitivas. É importante que pesquisas futuras busquem analisar as tarefas realizadas por idosos cuidadores em famílias com várias gerações corresidentes.

As famílias representam a principal fonte de apoio no cuidado aos idosos e programas voltados para o cuidado às famílias multigeracionais inseridas em contextos de cuidado são de extrema importância visto que o relacionamento entre as gerações influencia na funcionalidade da família, e nas decisões de cuidado⁽⁶⁾. Um estudo chinês que discutiu o suporte familiar e a preparação para o cuidado futuro, destacou a importância de se trabalhar com as famílias a cultura do cuidado por meio do planejamento de soluções que antecedam os primeiros cuidados, minimizando os riscos de sobrecarga e estresse⁽²⁰⁾.

Algumas limitações do estudo precisam ser consideradas ao interpretar os dados e observadas em estudos futuros com foco na corresidência de idosos cuidadores. Primeiro, os dados não podem ser generalizados para outras populações de idosos cuidadores, uma vez que a amostra foi delimitada às áreas de cobertura das USF de uma única cidade do interior paulista. Em segundo, o desenho transversal não permite verificar a ação do tempo sobre as variáveis. Ademais, outras variáveis como qualidade das relações intergeracionais, intensidade dos cuidados prestados aos idosos dependentes, função do idoso cuidador em cada estrutura familiar podem influenciar os dados e precisam ser considerados em pesquisas futuras.

■ CONCLUSÃO

Esta pesquisa permitiu identificar que; em relação à saúde física os idosos de lares unigeracionais eram mais velhos e com maior dependência para as AIVDs. Para a saúde cognitiva não foram encontradas diferenças significativas entre os contextos. Já para saúde psicológica os idosos cuidadores dos lares multigeracionais apresentaram maior nível de sobrecarga de cuidados e de estresse percebido. No que se refere ao contexto de cuidado, foi identificado que idosos cuidadores de lares multigeracionais recebem maior ajuda financeira e emocional para exercer o cuidado ao outro idoso.

Neste estudo encontramos diferenças importantes de acordo com o arranjo de moradia que podem influenciar não apenas a saúde do cuidador e o contexto de cuidado mais também as relações e o apoio intergeracional formado no ambiente familiar. Os resultados contribuem para elaboração de políticas de gestão voltadas para o cuidador idoso e para o cuidado ao idoso em diferentes arranjos familiares, além de poderem ser utilizados pela rede de atenção primária para promover a saúde física e psicológica de idosos cuidadores. Além disso, este estudo sinaliza a relevância de pesquisas futuras com delineamento longitudinal que avaliam a maneira como as famílias reagem a demandas do cuidado e qual o sistema de apoio estabelecido para o cuidador ao longo do tempo.

■ REFERÊNCIAS

1. Rabelo DF, Neri AL. [The emotional complexity of intergenerational relationships and elderly mental health]. *Pensando Fam.* 2015;18(1):138-53. Portuguese.
2. Gubhaju B, Ostbye T, Chan A. Living arrangements of community-dwelling older Singaporeans: predictors and consequences. *Ageing Soc.* 2018;38(6):1174-98. doi: <https://doi.org/10.1017/S0144686X16001495>.
3. Cantu PA, Angel JL. Demography of living arrangements among oldest-old Mexican Americans: evidence from the Hispanic Epidemiologic Study of the Elderly. *J Aging Health.* 2017;29(6):1015-38. doi: <https://doi.org/10.1177/0898264317727790>.
4. Herm A, Anson J, Poulain M. Living arrangements and marital status: a register-based study of survival of older adults in Belgium at the beginning of the 21st century. *Ageing Soc.* 2016;36(10):2141-62. doi: <https://doi.org/10.1017/S0144686X15001002>.
5. Huo M, Kim K, Zarit SH, Fingerma KL. Support grandparents give to their adult grandchildren. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2018;73(6):1006-15. doi: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw208>.
6. Kim J, Choi Y, Park S, Cho, KH, Ju, YJ, Park, EC. The impact of living arrangements on quality of life among Korean elderly: findings from the Korean Longitudinal Study of Aging (2006-2012). *Qual Life Res.* 2017;26(5):1303-14. doi: <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1448-6>.
7. Oliveira NA, Souza EN, Luchesi BM, Inouye K, Pavarini SCI. Stress and optimism of elderlies who are caregivers for elderlies and live with children. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(4):697-703. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0088>.
8. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA.* 1963;185(12):914-9. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>.
9. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969;9(3):179-86.
10. César KG, Yassuda MS, Porto FHG, Brucki SMD, Nitrini R. Addenbrooke's cognitive examination-revised: normative and accuracy data for seniors with heterogeneous educational level in Brazil. *Int Psychogeriatr.* 2017;29(8):1345-53. doi: <https://doi.org/10.1017/S1041610217000734>.
11. Fried LP, Tangen CM, Waltson J, Newman AB, Hirsh C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56(3):M146-56. doi: <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>.
12. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatric Psychiatry.* 1999;14(10):858-65. doi: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199910\)14:10<858::AID-GPS35>3.0.CO;2-8](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199910)14:10<858::AID-GPS35>3.0.CO;2-8).
13. Duarte YAO. Família: rede de suporte ou fator estressor: a ótica de idosos e cuidadores familiares [tese]. São Paulo(SP): Universidade de São Paulo; 2001.
14. Scazufca M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(1):12-7. doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000100006>.
15. Luft CB, Sanches SO, Mazo GZ, Andrade A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Rev Saúde Publica.* 2007;41(4):606-15. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000400015>.
16. Weissman JD, Russell D. Relationships between living arrangements and health status among older adults in the United States, 2009-2014: findings from the National Health Interview Survey. *J Appl Gerontol.* 2016;37(1):7-25. doi: <https://doi.org/10.1177/0733464816655439>.
17. Smith CH. Quality of life and psychological distress among older adults: the role of living arrangements. *J Applied Gerontol.* 2014;35(1):39-61. doi: <https://doi.org/10.1177/0733464814530805>.
18. Santos-Orlandi AA, Brito TRP, Ottaviani AC, Rossetti ES, Zazzetta MS, Gratão ACM, et al. Profile of older adults caring for other older adults in contexts of high social vulnerability. *Esc Anna Nery.* 2017;21(1):e20170013. doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170013>.
19. Luchesi BM, Souza EN, Gratão ACM, Gomes GAO, Inouye K, Alexandre TS, et al. The evaluation of perceived stress and associated factors in elderly caregivers. *Arch Gerontol Geriatr.* 2016;67:7-13. doi: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.06.017>.
20. Song Y, Sørensen S, Yan ECW. Family support and preparation for future care needs among urban Chinese baby boomers. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2018;73(6):1066-76. doi: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw062>.

■ Autor correspondente:

Nathalia Alves de Oliveira

E-mail: nathaliaalves.oliveira@gmail.com

Recebido: 20.07.2018

Aprovado: 07.03.2019