

Giovâni Firpo Del Duca^I

Elaine Thumé^{II}

Pedro Curi Hallal^{III}

Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos

Prevalence and factors associated with home care among older adults

RESUMO

OBJETIVO: Estimar a prevalência do cuidado domiciliar a idosos e identificar fatores associados.

MÉTODOS: Estudo transversal de base populacional com 598 indivíduos com idade ≥ 60 anos, selecionados em amostragem por conglomerado em dois estágios na cidade de Pelotas, RS, entre 2007 e 2008. O cuidado domiciliar foi definido a partir da resposta positiva à seguinte pergunta: "O(A) Sr.(a) tem alguém aqui na sua casa para cuidar do(a) Sr.(a)?" Dados sobre potenciais fatores associados ao cuidado domiciliar foram coletados em questionário padronizado. Empregou-se o modelo de regressão de Poisson com variância robusta nas análises bruta e ajustada levando-se em consideração a amostragem por conglomerados.

RESULTADOS: A prevalência de cuidado domiciliar foi de 49,5% (IC95%: 44,5;54,5). Entre aqueles que tinham cuidador, 39,5% relataram ser cuidados por esposo(a), enquanto a opção cuidador contratado foi relatada por 4,7% dos idosos. Na análise ajustada, observou-se associação do cuidado domiciliar com o sexo masculino, ter companheiro(a), aumento da idade e presença de incapacidade funcional para atividades instrumentais da vida diária. A escolaridade e o nível de atividade física apresentaram associação inversa com a ocorrência de cuidado domiciliar.

CONCLUSÕES: A alta prevalência de cuidado domiciliar encontrada pode causar sobrecarga aos familiares, responsáveis pela maioria do cuidado prestado. Esses achados são importantes para o planejamento de ações em saúde destinadas à assistência ao idoso e familiares. Atenção específica deve ser destinada a indivíduos com idade avançada, baixa escolaridade e com incapacidade para atividades instrumentais da vida diária.

DESCRITORES: Idoso. Cuidadores. Assistência Domiciliar. Autonomia Pessoal. Relações Familiares. Fatores Socioeconômicos. Estudos Transversais.

^I Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil

^{II} Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

^{III} Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Escola Superior de Educação Física. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Giovâni Firpo Del Duca
Coordenadoria de Pós-Graduação em Educação Física
Campus Universitário Trindade
88040-900 Florianópolis, SC, Brasil
E-mail: gfdelduca@gmail.com

Recebido: 22/12/2009

Aprovado: 6/6/2010

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To estimate the prevalence of home care among older adults and to identify associated factors.

METHODS: Population-based cross-sectional study including 598 individuals aged ≥ 60 years. Subjects were selected through a two-stage cluster sampling strategy in the city of Pelotas, Southern Brazil, between 2007 and 2008. Home care was defined as a positive answer to the following question: "Do you have someone here in your home to take care of you?" Data on potential associated factors for home care were collected using a standardized questionnaire. Poisson regression models with robust variance were used in the crude and in the adjusted analyses. The analysis took into account the clustering of the sample.

RESULTS: The prevalence of home care was 49.5% (95%CI: 44.5;54.5). Among those who have a caretaker, 39.5% reported to be cared for by their spouse, while 4.7% of subjects reported having a professional caretaker. In the adjusted analysis, home care was positively associated with male sex, having a partner, increased age and disability for instrumental activities of daily living. Home care was inversely associated with schooling and physical activity levels.

CONCLUSIONS: The high prevalence of home care observed may overburden family members responsible for the most of the care provided. These findings are important for the planning of health interventions aimed the assistance of the elderly and their families. Particular attention should be paid to individuals with advanced age, low educational level and with disability for activities instrumental to daily living.

DESCRIPTORS: Aged. Caregivers. Home Nursing. Personal Autonomy. Family Relations. Socioeconomic Factors. Cross-Sectional Studies.

INTRODUÇÃO

As transições demográfica e epidemiológica têm suscitado debates sobre o desafio de buscar alternativas de cuidado a um crescente número de idosos. Tal fato merece atenção especialmente em países em desenvolvimento, nos quais o rápido processo de envelhecimento populacional não é acompanhado pelo desenvolvimento socioeconômico.^a

Entre as principais preocupações relacionadas à saúde advindas com a longevidade destacam-se as maiores ocorrências de doenças crônicas,³ quedas¹⁵ e incapacidade funcional,⁷ fazendo com que esses indivíduos necessitem, em muitos casos, de cuidado permanente e continuado para o adequado manejo clínico de suas doenças. Por consequência, os idosos são também maiores usuários dos serviços de saúde e apresentam maior frequência de internações hospitalares, bem como tempo de permanência mais prolongado.⁴ Para elaborar novos significados para a vida na idade avançada, a política de saúde destinada aos idosos precisa considerar aspectos como: capacidade funcional, necessidade de autonomia, cuidado e participação social.¹⁶

O sistema de saúde brasileiro considera a família como unidade social básica das comunidades, bem como a intersectorialidade das ações de saúde, estabelecendo parceria entre serviços de saúde, família e rede social de apoio.¹⁴ Sabe-se que o sistema informal de apoio, também denominado cuidado informal, prestado por parentes, vizinhos, amigos ou instituições comunitárias, ainda constitui o mais importante aspecto de suporte social comunitário. Nesse sentido, estima-se que a família proveja entre 80% e 90% do auxílio a seus membros idosos, incluindo cuidado médico e de enfermagem, tarefas cotidianas, como transporte, e ajuda nas atividades domésticas e nas compras, além de ser responsável por iniciar e manter o vínculo com os serviços de saúde.^{1,8,9}

A literatura sobre apoio social tem focado pouco o cuidado domiciliar a idosos. Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi estimar a prevalência do cuidado domiciliar prestado aos idosos e identificar fatores associados.

^a Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília, DF; 2005.

MÉTODOS

Estudo transversal de base populacional realizado com idosos residentes na zona urbana do município de Pelotas, RS, no período de outubro de 2007 a janeiro de 2008.

A amostra probabilística resultou de processo amostral por conglomerados em dois estágios, tendo como unidades amostrais primárias os setores censitários definidos pelo censo mais recente do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística^b e os domicílios como unidades amostrais secundárias. Os setores censitários foram listados em ordem crescente conforme a renda média dos chefes de família e foi calculado o número cumulativo de domicílios. A partir da divisão do número total de domicílios da cidade pelo número de setores censitários a serem sorteados, foi estabelecido aleatoriamente o primeiro valor, que representou o domicílio do primeiro setor censitário a fazer parte da amostra. Os demais setores foram elencados sistematicamente. Foram selecionados, em média, 11 domicílios por setor, considerando-se elegíveis todos os indivíduos com idade ≥ 60 anos.

Para a coleta de dados, empregou-se um questionário pré-codificado. As entrevistas foram realizadas face a face por 30 entrevistadoras previamente treinadas. Foram consideradas perdas/recusas as entrevistas que não puderam ser realizadas após três tentativas em dias e horários diferentes. O controle de qualidade dos dados foi realizado a partir de uma revisita a 10% dos membros da amostra com aplicação de uma versão reduzida do instrumento.

O desfecho cuidado domiciliar foi obtido a partir da resposta positiva à seguinte pergunta: “O(A) Sr.(a) tem alguém aqui na sua casa para cuidar do(a) Sr.(a)?”. As variáveis independentes estudadas foram: sexo, idade, escolaridade, situação conjugal atual, nível econômico,^c tabagismo, índice de massa corporal (IMC – correspondendo às categorias de desnutrição/normal, sobrepeso e obesidade)¹⁷ e a autopercepção de saúde (Tabela 1). O nível de atividade física foi obtido a partir do Questionário Internacional de Atividade Física.⁶ A incapacidade para atividades básicas da vida diária foi determinada pelo Índice de Katz,¹¹ com base na necessidade de ajuda parcial ou total para, no mínimo, uma atividade básica avaliada: alimentar-se, tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, deitar e levantar da cama e/ou cadeira e controlar as funções de urinar e/ou evacuar. A incapacidade para as atividades instrumentais da vida diária foi definida pela Escala de Lawton,¹³ a partir da necessidade de ajuda parcial ou total para, no mínimo, uma atividade instrumental investigada: usar o telefone,

ir a locais distantes utilizando algum transporte, fazer compras, arrumar a casa, lavar roupa, preparar a própria refeição, tomar medicamentos e cuidar do dinheiro. Foram perguntados o grau de parentesco ou não da pessoa responsável pelo cuidado domiciliar e o tempo de cuidado prestado no domicílio pela questão: “Quantas horas por dia ele(a) fica com o(a) Sr.(a)?”. Nos casos em que o idoso apresentasse incapacidade para responder ao questionário, as informações eram obtidas por *proxy*, a partir do relato do(a) cuidador(a).

Foram usados proporções e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%) para variáveis categóricas, assim como médias, amplitude e desvios-padrão (DP) para variáveis numéricas. Na análise bruta e ajustada, foi utilizado o modelo de regressão de Poisson com variância robusta, com os resultados expressos em razões de prevalências.² Levou-se em consideração a amostragem por conglomerados e a hierarquia entre os possíveis fatores associados com o desfecho para a análise dos dados. Para a modelagem estatística, adotou-se a estratégia de seleção “para trás” e nível de significância de $p \leq 0,20$ para permanência no modelo, tendo sido considerados estatisticamente significantes valores $p \leq 0,05$. O efeito do delineamento amostral para o desfecho “cuidado domiciliar” foi de 1,50, considerado nas análises estatísticas pelo uso do comando “svy” do *software* Stata.

Dado o número de indivíduos em cada categoria e as prevalências de cuidado domiciliar, o estudo teve poder para detectar razões de prevalência acima de 1,3 como potenciais fatores de risco. Todos os cálculos foram realizados *a posteriori* com erro alfa de 5% e poder de 80%.

Utilizou-se o programa EpiInfo versão 6.04d para a dupla digitação de dados e verificação de possíveis inconsistências. A análise dos dados foi realizada com o Stata, versão 9.0.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas sob o número 084/2007.

RESULTADOS

De 644 idosos elegíveis, 46 implicaram perdas ou recusas, correspondendo ao percentual de não-respondentes de 7,1%. Dos 598 entrevistados, 91,8% responderam sozinhos ao questionário e os demais foram auxiliados por um cuidador ou outro responsável pelo idoso.

^b Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cartograma municipal dos setores censitários: situação 2000. Rio de Janeiro; 2000. [CD-ROM].
^c Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo; 2003 [citado 2007 jun 16]. Disponível em: http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB_2003.pdf

Tabela 1. Distribuição da amostra, por sexo, segundo variáveis independentes. Pelotas, RS, 2008.

Variável	Homens (n = 222)		Mulheres (n = 376)		Total (n = 598)	
	n	%	n	%	n	%
Idade (anos)						
60 a 69	119	53,6	199	52,9	318	53,2
70 a 79	81	36,5	102	27,1	183	30,6
≥ 80	22	9,9	75	20,0	97	16,2
Escolaridade (anos completos)						
0	22	9,9	89	23,7	111	18,6
1 a 4	69	31,1	122	32,6	191	32,0
5 a 8	70	31,5	95	25,3	165	27,6
≥ 9	61	27,5	69	18,4	130	21,8
Situação conjugal atual						
Com companheiro(a)	178	80,2	130	34,7	308	51,6
Sem companheiro(a)	44	19,8	245	65,3	289	48,4
Nível econômico em quintis ^a						
1º quintil (mais pobre)	37	17,1	83	22,6	120	20,5
2º quintil	43	19,8	91	24,7	134	22,9
3º quintil	41	18,9	74	20,1	115	19,7
4º quintil	54	24,8	59	16,0	113	19,3
5º quintil (mais rico)	42	19,4	61	16,6	103	17,6
Tabagismo						
Não fumante	72	32,4	268	71,2	340	56,8
Fumante	41	18,5	39	10,4	80	13,4
Ex-fumante	109	49,1	69	18,4	178	29,8
Índice de massa corporal (kg/m ²) ^b						
≤ 24,9	80	37,6	109	39,2	189	38,5
25,0 a 29,9	94	44,1	111	39,9	205	41,7
≥ 30,0	39	18,3	58	20,9	97	19,8
Nível de atividade física (min/sem)						
Inativos (0 min/sem)	120	54,6	201	53,6	321	53,9
Pouco ativos (≤ 149 min/sem)	28	12,7	45	12,0	73	12,3
Ativos (≥ 150 min/sem)	72	32,7	129	34,4	201	33,8
Incapacidade para ABVD						
Sim	49	22,1	111	29,5	160	26,8
Não	173	77,9	265	70,5	438	73,2
Incapacidade para AIVD						
Sim	53	23,9	119	31,7	172	28,8
Não	169	76,1	256	68,3	425	71,2
Autopercepção de saúde						
Excelente/muito boa	22	10,0	50	13,4	72	12,1
Boa	86	38,9	114	30,7	200	33,7
Regular	93	42,0	157	42,2	250	42,2
Ruim	20	9,1	51	13,7	71	12,0

^a Escore de bens adotado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa.^b Variável com maior número de valores ignorados para homens e mulheres: 9 e 100, respectivamente.

ABVD: Atividades Básicas da Vida Diária; AIVD: Atividades Instrumentais da Vida Diária.

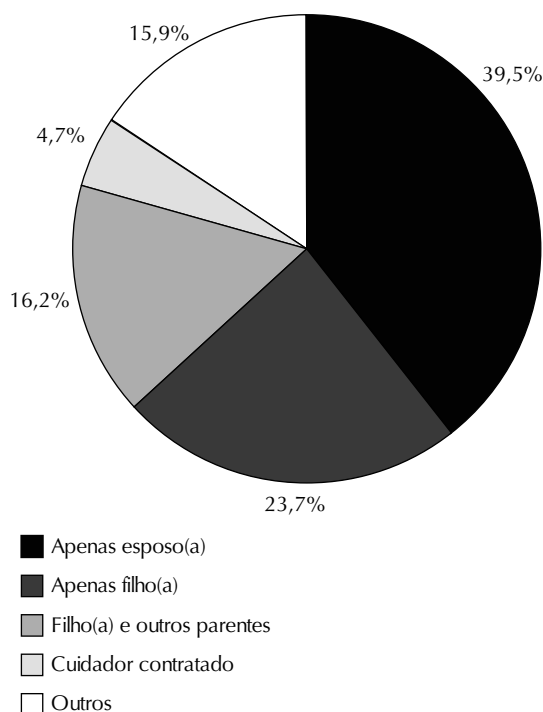


Figura 1. Caracterização dos cuidadores de idosos. Pelotas, RS, 2008.

A maioria dos idosos era mulher (62,9%), com idade de 60 a 104 anos (média = 70,4, DP = 8,7). Não possuíam escolaridade formal 18,6% dos idosos. A maioria dos entrevistados (51,6%) tinha companheiro(a), não fumava (56,8%), apresentava sobrepeso (41,7%), era inativa (53,9%) e relatou sua saúde como regular (42,2%). A ocorrência de incapacidade funcional para as atividades básicas e instrumentais estava presente, respectivamente, em 26,8% e 28,8% dos idosos. As características da amostra total e estratificadas por sexo estão apresentadas na Tabela 1.

A prevalência de cuidado domiciliar foi de 49,5% (IC95%: 44,5; 54,5). A Figura 1 caracteriza o cuidador, predominantemente indicado como esposo(a). A opção cuidador contratado foi relatada por 4,7% dos indivíduos da amostra. Com relação ao tempo de cuidado domiciliar, a mediana foi de 24 horas/dia. Quando categorizada, a variável tempo de cuidado apresentou a seguinte distribuição: até dez horas (5,7%), 11 a 20 horas (12,8%), 21 a 24 horas (65,3%) e sem horário definido (16,2%).

Na análise bruta, observou-se que o cuidado prestado no domicílio esteve significativamente associado com: sexo masculino, ter companheiro(a) e apresentar incapacidade para as atividades básicas e instrumentais da vida diária. Além disso, observou-se associação direta do cuidado domiciliar com a idade e inversa com escolaridade, nível de atividade física e autopercepção de saúde (Tabela 2).

Na análise ajustada, os homens apresentaram probabilidade 44% maior do que as mulheres de serem cuidados em seu domicílio (Tabela 2). A idade e a incapacidade para atividades instrumentais da vida diária mantiveram-se diretamente associadas com o desfecho, mesmo após o ajuste para possíveis fatores de confusão ($p < 0,001$). Indivíduos com companheiro(a) apresentaram probabilidade 1,5 vez maior de cuidado domiciliar do que aqueles que viviam sem companheiro(a). A escolaridade ($p < 0,001$) e o nível de atividade física ($p = 0,008$) apresentaram-se inversamente associados com a ocorrência de cuidado domiciliar.

Observou-se interação entre sexo e faixa etária na ocorrência de cuidado domiciliar (Figura 2). Homens de 60 a 69 anos de idade tiveram probabilidade 1,9 vez maior de relatar cuidado domiciliar quando comparados a mulheres da mesma faixa etária (IC95%: 1,48;2,52). Nos homens de 70 a 79 anos, tal probabilidade diminuiu para 1,72 (IC95%: 1,30;2,27) quando confrontados com as mulheres septuagenárias. No grupo dos idosos com idade ≥ 80 anos, não se observou diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($p = 0,26$).

DISCUSSÃO

A prevalência de cuidado domiciliar (49,5%) foi menor se comparada com os achados de outros trabalhos.^{9,10} No entanto, nessa comparação deve-se considerar questões específicas, como população-alvo e critérios estabelecidos para a definição de cuidado domiciliar. Considerável parcela de estudos opta por investigar a existência de cuidado informal domiciliar em idosos

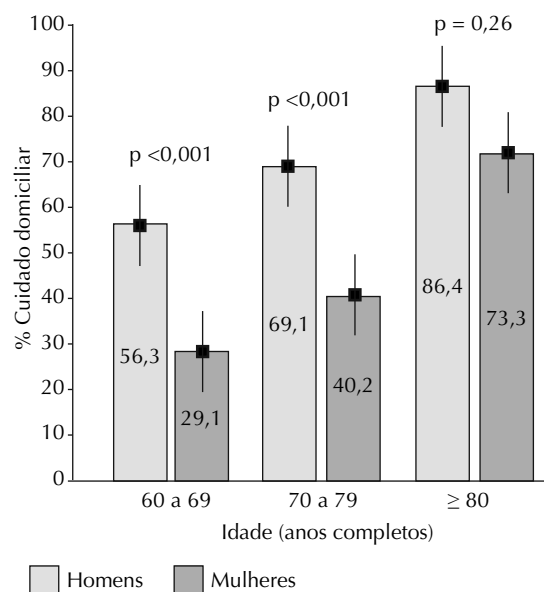


Figura 2. Prevalência de cuidado domiciliar informal, segundo sexo e faixa etária. Valor p de interação resultante do Teste exato de Fischer. Pelotas, RS, 2008.

Tabela 2. Análise bruta e ajustada do cuidado domiciliar em idosos, segundo variáveis independentes. Pelotas, RS, 2008.

Variável	Cuidado domiciliar (%)	Análise bruta		Análise ajustada	
		RP (IC95%)	p	RP (IC95%)	p
Bloco 1: Variáveis sociodemográficas					
Sexo			< 0,001		< 0,001
Masculino	64,0	1,56 (1,37;1,79)		1,44 (1,23;1,69)	
Feminino	41,0	1		1	
Idade (anos completos)			< 0,001*		< 0,001*
60 a 69	39,3	1		1	
70 a 79	53,0	1,34 (1,11;1,64)		1,28 (1,06;1,54)	
≥ 80	76,3	1,94 (1,61;2,34)		1,67 (1,54;2,56)	
Escolaridade (anos completos)			< 0,001*		< 0,001*
0	63,1	1,82 (1,36;2,43)		1,97 (1,43;2,71)	
1 a 4	49,7	1,44 (1,07;1,93)		1,50 (1,12;2,02)	
5 a 8	51,5	1,49 (1,11;2,00)		1,55 (1,18;2,03)	
≥9	34,6	1		1	
Situação conjugal			< 0,001		< 0,001
Com companheiro(a)	58,4	1,47 (1,24;1,74)		1,54 (1,28;1,84)	
Sem companheiro(a)	39,8	1		1	
Nível econômico ^a			0,99*		0,20*
1º quintil (mais pobre)	41,7	1,10 (0,77;1,57)		0,89 (0,61;1,29)	
2º quintil	52,2	1,38 (1,05;1,81)		1,11 (0,83;1,50)	
3º quintil	56,5	1,49 (1,08;2,07)		1,24 (0,88;1,75)	
4º quintil	57,5	1,52 (1,15;2,00)		1,24 (0,93;1,63)	
5º quintil (mais rico)	37,9	1		1	
Bloco 2: Variáveis comportamentais					
Tabagismo			0,16		0,35
Não fumante	46,2	1		1	
Fumante	50,0	1,08 (0,85;1,38)		1,19 (0,94;1,51)	
Ex-fumante	55,6	1,20 (0,99;1,46)		1,11 (0,90;1,37)	
Índice de massa corporal (kg/m ²)			0,51*		0,81*
≤ 24,9	48,7	1		1	
25,0 a 29,9	46,8	0,96 (0,77;1,20)		0,95 (0,79;1,15)	
≥ 30,0	44,3	0,91 (0,69;1,21)		1,06 (0,81;1,38)	
Nível de atividade física (min/sem)			< 0,001*		0,008*
Inativos (0 min/sem)	59,5	1,57 (1,26;1,97)		1,33 (1,07;1,68)	
Pouco ativos (≤ 149 min/sem)	37,0	0,98 (0,72;1,32)		0,96 (0,72;1,28)	
Ativos (≥ 150 min/sem)	37,8	1		1	
Bloco 3: Agravos à saúde					
Incapacidade para ABVD			< 0,001		0,10
Sim	67,5	1,57 (1,33; 1,87)		1,16 (0,97;1,38)	
Não	42,9	1		1	
Incapacidade para AIVD			< 0,001		< 0,001
Sim	77,9	2,06 (1,73; 2,44)		1,75 (1,45 ;2,10)	
Não	37,9	1		1	
Bloco 4: Avaliação subjetiva da saúde					
Autopercepção de saúde			< 0,001*		0,46*
Excelente/muito boa	36,1	1		1,00	
Boa	42,0	1,16 (0,80; 1,69)		0,95 (0,69;1,31)	
Regular	53,2	1,47 (1,05; 2,06)		1,07 (0,79;1,46)	
Ruim	67,6	1,87 (1,34; 2,62)		1,01 (0,74;1,39)	

* Tendência linear.

^a Escore de bens adotado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa.

ABVD: Atividades Básicas da Vida Diária; AIVD: Atividades Instrumentais da Vida Diária

que já estão debilitados ou são portadores de doenças crônicas. Em estudos com indivíduos com a presença de mal de Alzheimer⁹ e acidente vascular cerebral,¹⁰ por exemplo, encontraram-se prevalências de cuidado informal domiciliar de 78% e 98%, respectivamente.

Uma considerável proporção de idosos relatou ser cuidada por seu esposo(a) e a opção cuidador contratado foi pouco relatada por esses indivíduos. Estudo¹⁰ realizado em São Paulo com indivíduos adultos que perderam sua independência apontou resultados semelhantes aos deste estudo, mostrando que o cuidado era prestado majoritariamente por mulheres (93%), a maioria esposas (44%) e filhas (31%). Outro trabalho⁸ realizado no Canadá com idosos portadores de doenças crônicas mostra que os familiares respondiam por 78% dos cuidados gerais. Entre adultos vítimas de acidente vascular cerebral, com 50 anos ou mais de idade, 98% dos cuidadores eram familiares.¹⁰ Tal coerência de resultados mostra o importante papel da família no cuidado domiciliar prestado a idosos.

Idosos com incapacidade para as atividades instrumentais da vida diária mostraram forte associação com o recebimento de cuidado domiciliar, mesmo após ajuste para potenciais fatores de confusão. A mesma associação não foi observada no caso da incapacidade para as atividades básicas da vida diária, que se mostrou significativa na análise bruta, mas teve seu efeito amenizado após inclusão simultânea da incapacidade do domínio instrumental no modelo hierárquico de análise. Na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa,^d indivíduos que apresentam alguma dificuldade na realização de atividades instrumentais são considerados em potencial para desenvolver fragilidade, conceito relacionado à diminuição da capacidade funcional, aumento da dependência para atividades da vida diária e utilização de serviços de saúde. Idosos fragilizados necessitam, portanto, de atenção específica por parte dos profissionais de saúde.

No presente estudo, não foi observada a associação de maiores níveis econômicos com o cuidado domiciliar. Por ter investigado toda manifestação de cuidado domiciliar relatada por idosos, este estudo encontrou considerável proporção de idosos de menor nível econômico cuidada informalmente por entes da própria família. Desse modo, o componente econômico que pode influenciar na contratação de cuidadores formais ficou enfraquecido. Nesse sentido, estudo¹² realizado nos Estados Unidos mostrou que a utilização de cuidado formal aumenta e a utilização de cuidado informal diminui conforme seja maior a renda do idoso.

A associação do cuidado domiciliar com menores níveis de atividade física, assim como com a ocorrência de incapacidade funcional para as atividades instrumentais da vida diária, deve ser analisada com cautela. Por este constituir um estudo transversal, não podem ser distinguidos causa e efeito, o que impede a elaboração de hipóteses baseadas em vínculos causais. No entanto, tal achado tende a reforçar a importância da atividade física como marcador de independência, autonomia e maior saúde e qualidade de vida do idoso, pois se sabe que a prática de atividade física regular desempenha papel primordial na prevenção de obesidade, hipertensão arterial, depressão, osteoporose, déficit cognitivo e mortalidade prematura.^{5,e}

No estudo de Kemper,¹² o número de incapacidades de atividades da vida diária esteve fortemente associado com a probabilidade de receber cuidado domiciliar, prestado principalmente por familiares residentes no mesmo domicílio. A probabilidade de receber cuidado informal foi 37% maior para os idosos que necessitavam de ajuda em cinco das atividades básicas da vida diária comparados com aqueles que não necessitavam de ajuda.

A representatividade da amostra de idosos é um dos pontos positivos do presente estudo, visto que grande parte dos estudos investiga o cuidado domiciliar em indivíduos com características específicas, como presença de doenças crônicas ou incapacidade funcional. Além disso, o baixo percentual de perdas/recusas e a coleta de dados com auxílio de responsável, nos casos em que o idoso estivesse impossibilitado de responder às questões, ajudaram a reduzir a possibilidade de viés de seleção e contribuíram para a validade interna da pesquisa. Entre as limitações, a não inclusão de indivíduos institucionalizados no estudo pode ter subestimado a prevalência do desfecho em estudo. No entanto, essa decisão foi tomada devido à logística do trabalho de campo. Além disso, segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, há aproximadamente 400 idosos institucionalizados, o que representa apenas 1% desse grupo etário no município.

Por fim, a alta prevalência de cuidado domiciliar (49,5%) e a provável sobrecarga causada aos familiares, responsáveis pela maioria do cuidado prestado, são importantes indicadores para o planejamento de ações em saúde destinadas ao idoso e seus familiares. Programas de apoio podem ser dirigidos ao cuidador principal ou mesmo a vários membros da família e podem ser operacionalizados a partir de atendimentos individuais ou grupais, com trocas de experiências e repasse de orientação prática quanto aos procedimentos

^d Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial União* 13 dez 1999; Seção 1:20 [citado 2010 ago 1]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>

^e United States. Department of Health and Human Services. Physical activity guidelines for Americans: be active, healthy, and happy! Washington, DC: Services TSoHaH; 2008.

de cuidado. Atenção específica deve ser destinada a indivíduos com as mesmas características daqueles que apresentaram as maiores ocorrências de cuidado

domiciliar: idade avançada, baixa escolaridade e incapacidade funcional para atividades instrumentais da vida diária.

REFERÊNCIAS

1. Angelo M. O contexto domiciliar. In: Duarte Y, Diogo M, editors. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2005. p.27-31.
2. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistical regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*. 2003;3(1):21. DOI:10.1186/1471-2288-3-21
3. Barros MBA, César CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Cienc Saude Coletiva*. 2006;11(4):911-26. DOI:10.1590/S1413-81232006000400014
4. Cavalcanti M, Saad P. O idoso na Grande São Paulo. São Paulo: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados; 1990. Os idosos no contexto da saúde pública; p.181-205.
5. Chodzko-Zajko W, Proctor DN, Fiatarone Singh MA, Minson CT, Nigg CR, Salem GJ, et al. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc*. 2009;41(7):1510-30. DOI:10.1249/MSS.0b013e3181a0c95c
6. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*. 2003;35(8):1381-95. DOI:10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB
7. Del Duca G, Silva M, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev Saude Publica*. 2009;43(5):796-805. DOI:10.1590/S0034-89102009005000057
8. Fast J, Keating N, Otfinowski P, Derksen L. Characteristics of family/friend care networks of frail seniors. *Can J Aging*. 2004;23(1):5-19. DOI:10.1353/cja.2004.0003
9. Kamenski G, Fink W, Maier M, Pichler I, Zehetmayer S. Characteristics and trends in required home care by GPs in Austria: diseases and functional status of patients. *BMC Fam Pract*. 2006;7:55. DOI:10.1186/1471-2296-7-55
10. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):861-6. DOI:10.1590/S0102-311X2003000300019
11. 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.
12. Kemper P. The use of formal and informal home care by the disabled Elderly. *Health Serv Res*. 1992;27(4):421-51.
13. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.
14. Serapioni M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Cienc Saude Coletiva*. 2005;10(Suppl):243-53. DOI:10.1590/S1413-81232005000500025
15. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Rev Saude Publica*. 2007;41(5):749-56. DOI:10.1590/S0034-89102007000500009
16. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saude Publica*. 2009;43(3):548-54. DOI:10.1590/S0034-89102009005000057
17. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva; 2000. (WHO technical report series, 894)

Os autores declaram não haver conflito de interesses.