

## **COMO ESTÃO SENDO CUIDADOS OS IDOSOS FRÁGEIS DE SÃO PAULO? A VISÃO MOSTRADA PELO ESTUDO SABE (SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO)**

Yeda Aparecida de Oliveira Duarte

Daniella Pires Nunes

Ligiana Pires Corona

Maria Lúcia Lebrão

### **1 INTRODUÇÃO**

Em países como o Brasil, o fenômeno do envelhecimento, dada sua espantosa velocidade, gera a urgente necessidade de reorganização da atenção à saúde do idoso, não só construindo uma rede de cuidados eficiente a partir da reorganização dos serviços existentes, frente às novas demandas que se apresentam, mas incluindo nessa rede “novos” serviços, continentes com outras demandas anteriormente não identificadas (DUARTE, 2006b).

O envelhecimento é acompanhado pelo aumento da prevalência de doenças e agravos crônicos não transmissíveis, muitos deles culminando com sequelas limitantes de um bom desempenho funcional, gerando situações de dependência e, conseqüentemente, necessidade de cuidado. É o nível de dependência que determina quais cuidados são necessários, bem como por quem e de que maneira devem ser realizados (DUARTE, 2006a).

Antigamente as famílias mantinham o idoso em seu contexto, provendo o cuidado necessário, até o momento de sua morte. As modificações das estruturas familiares (família extensa para família nuclear) têm alterado esse quadro assistencial informal. Hoje, as famílias menores e a grande mobilidade dos filhos, além da maior presença da mulher no mercado de trabalho, fazem com que não haja um potencial de ajuda familiar disponível o suficiente para prover o cuidado no dia a dia daqueles que necessitam. Essas mudanças indicam que, em um futuro

próximo, as pessoas idosas que se tornarem dependentes terão poucas alternativas de auxílio. Torna-se, assim, necessária a existência de esquemas assistenciais mais efetivos, dinâmicos, incluindo diferentes alternativas de assistência domiciliar e variadas e flexíveis modalidades institucionais que permitam uma solução intermediária entre a institucionalização definitiva e a manutenção do idoso em sua casa, com assistência precária e alto custo emocional para a família (ANGEL; ANGEL, 1997; PINTOS, 1997; CAMARANO *et al.*, 2004).

É verdade que, ainda hoje, as famílias proveem a maioria do suporte instrumental e prático que os idosos necessitam. É necessário, no entanto, que seja providenciado um cuidado comunitário suplementar que complemente o cuidado prestado pela família. O desafio é a organização de serviços comunitários de alta qualidade que possam assistir as famílias no cuidado de seus parentes idosos a um custo razoável (ANGEL; ANGEL, 1997; DUARTE, 2006b).

O gerenciamento das condições crônicas, necessário a esse grupo etário, é ainda um processo em desenvolvimento em nossa realidade, assim, os custos relacionados ao cuidado dos idosos mais fragilizados tendem a se elevar nos próximos anos. Dessa forma, o planejamento para minimização dos custos relacionados a essas necessidades vai requerer a maximização do uso de mecanismos de suporte comunitário, menos dispendiosos e, quando adequados, igualmente eficientes (ANGEL; ANGEL, 1997; DUARTE; LEBRÃO, 2006).

O objetivo deste capítulo é discutir como estão sendo cuidadas as pessoas idosas mais fragilizadas no município de São Paulo. Para tanto será utilizada a base de dados do Estudo Sabe – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – estudo longitudinal sobre as condições de vida e saúde e suas modificações com o transcorrer do tempo, dos idosos residentes nesse município (LEBRÃO; DUARTE, 2003).

Iniciado em 2000 sob orientação da Organização Pan-americana de Saúde e coordenação do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, o Estudo Sabe (LEBRÃO; DUARTE, 2003; LEBRÃO; LAURENTI, 2005) entrevistou, em domicílio, uma amostra probabilística de 2.143 pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Em 2006, essas mesmas pessoas foram procuradas, tendo sido localizados e reentrevistados 1.115 indivíduos, sendo a diferença composta por óbitos (30,3%), mudanças para outros municípios (2,4%), institucionalizações (0,5%), não localização<sup>1</sup> (6,5%) e recusas

---

1. Para os não localizados em seus endereços originais, fez-se uma ampla busca por informações no próprio bairro (vizinhança e serviços como farmácias, mercados de bairro, igrejas etc.) e com os dados extras constantes no questionário-base (telefones de recado, contato com filhos ou outros parentes). Ao final, utilizou-se a mídia escrita para auxiliar na localização dos restantes. Após intensa busca, considerou-se fechada a amostra, sendo o grupo não encontrado denominado "não localizados".

(8,3%). Foi utilizado um questionário padronizado composto por 11 seções em 2000 (informações pessoais, avaliação cognitiva, estado de saúde, estado funcional, medicamentos, uso e acesso a serviços de saúde, rede de apoio social, situação laboral e renda, moradia, antropometria e testes funcionais) e 13 em 2006. Foram acrescentadas as seções “maus-tratos” e “sobrecarga de cuidadores”, além da implementação de outros instrumentos nas seções já existentes – religiosidade, sexualidade, medida de independência funcional (MIF), funcionalidade familiar (APGAR de família) (DUARTE, 2001), e avaliação de risco ambiental.<sup>2</sup>

Embora o município de São Paulo não possua a maior proporção de idosos do país, possui, sem dúvida, o maior número absoluto (aproximadamente 1,3 milhão) e uma das maiores diversidades populacionais, o que torna o resultado obtido aplicável em outras realidades.

Visando compreender o contexto da discussão que aqui se coloca será feita uma abordagem sobre funcionalidade individual e familiar, cuidado informal e fragilidade.

## 2 ENVELHECIMENTO E FUNCIONALIDADE

Muitas doenças crônicas, quando não adequadamente controladas, podem gerar o que é denominado processo incapacitante, ou seja, o processo no qual uma determinada condição (aguda ou crônica) afeta a funcionalidade dos idosos e, conseqüentemente, o desempenho de suas atividades cotidianas conhecidas como atividades de vida diária (AVD). Assim, falar sobre a instalação de um processo incapacitante significa pensar nas conseqüências funcionais decorrentes de determinada condição (aguda ou crônica) e dos fatores que podem influir em sua direção (DUARTE, 2005, 2006a).

Busca-se, assim, verificar em que nível tais doenças ou agravos impedem o desempenho das atividades cotidianas dos idosos de forma autônoma e independente, ou seja, sem a necessidade de adaptações ou de auxílio de outras pessoas. Isso pode ser obtido por meio da avaliação funcional, essencial para estabelecer um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequados que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários. É um parâmetro que, associado a outros indicadores de saúde, pode ser utilizado para determinar a eficácia e a eficiência das intervenções propostas (DUARTE, 2005).

Avaliar o desempenho em AVDs tornou-se usual, pois tais medidas são bons indicadores de permanência hospitalar, institucionalização e morte. Na maior parte

2. Informações detalhadas sobre o Estudo Sabe, publicações e os questionários utilizados estão disponíveis em: <[www.fsp.usp.br/sabe](http://www.fsp.usp.br/sabe)>.

do tempo, a presença ou ausência de um diagnóstico é menos indicativa do nível de independência dos idosos do que seu desempenho nessas atividades. Assim, tais informações podem ser úteis como ferramenta diagnóstica e no auxílio da indicação terapêutica clínica e assistencial dos idosos. Adicionalmente, contribuem, com o passar do tempo, para o desenvolvimento de um planejamento assistencial realista e monitoramento adequado das condições crônicas (GURALNIK; FRIED; SALIVE, 1996; MAST; MACNEIL; LICHTENBERG, 2004).

A avaliação funcional representa uma maneira de medir se uma pessoa é ou não capaz de desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma e de seu entorno (independência). Caso não seja capaz (dependência), ela verifica se essa necessidade de ajuda é parcial (em maior ou menor grau) ou total. Tem por base o conceito de função, ou seja, a capacidade do indivíduo para adaptar-se aos problemas de todos os dias apesar de possuir uma incapacidade física, mental ou social (ALLEN; MOR, 1997; WILKINS; LAW; LETS, 2001).

Muitos domínios têm sido propostos na avaliação funcional, incluindo o funcionamento físico, cognitivo, emocional, sensorial e social. Historicamente, fragilidade em pessoas idosas sempre esteve relacionada a um pobre funcionamento em um ou mais desses domínios (MAST; MACNEIL; LICHTENBERG, 2004). Só mais recentemente fragilidade e dependência passaram a ser tratadas como condições independentes embora interligadas (FRIED *et al.*, 2001; GILL; ROBISON; TINETTI, 1998).

As AVDs são didaticamente divididas em básicas ou de autocuidado (ABVDs); instrumentais, que indicam a capacidade de um indivíduo levar uma vida independente dentro da comunidade (AIVDs); e, avançadas, mais complexas, englobando atividades sociais, produtivas e de lazer (AAVDs). Todas essas medidas têm limitações como indicadores de disfunções funcionais. As ABVDs são muito básicas e podem, assim, não ser sensíveis o suficiente para capturar incapacidades menos graves. Por outro lado, as AIVDs podem não ser relevantes nas instituições de longa permanência para idosos (ILPIs), por exemplo, onde a oportunidade de engajamento com o ambiente é limitada. Além disso, algumas AIVDs tendem a ser específicas de gênero e, assim, não aplicáveis à população como um todo, especialmente em coortes de idosos (GURALNIK; FRIED; SALIVE, 1996; DESAI; LENTZNER; WEEKS, 2001; ROSA *et al.*, 2003).

As atividades de autocuidado como tomar banho, vestir-se, transferir-se da cama para a cadeira, usar o toalete e comer são as denominadas ABVDs e seu comprometimento frequentemente indica incapacidade física. Originalmente desenvolvidas para avaliar as capacidades físicas das pessoas idosas em ILPIs ou centros

de reabilitação, essas medidas são, hoje, amplamente utilizadas, pois refletem um substancial nível de incapacidade. A necessidade de ajuda para o desempenho de qualquer uma dessas atividades é um indicador de fragilidade ou incapacidade de viver independentemente (PINQUART; SORENSEN, 2003; DUARTE, 2005, 2006a).

Há um excessivo aumento na prevalência de incapacidade no desempenho das atividades básicas e instrumentais com o avançar da idade, e as mulheres, geralmente, mostram médias maiores do que os homens nas idades mais elevadas. Entre 65 e 74 anos, a proporção de incapacidades é similar entre os sexos (ALLEN; MOR, 1997; LI, 2005).

O tipo de ajuda que esses indivíduos deveriam receber está relacionado com a gravidade da incapacidade. Nos Estados Unidos, onde as ILPIs fazem parte da cultura local e são organizadas por diferentes níveis de complexidade assistencial, a proporção de idosos vivendo em instituições é alta para aqueles níveis de incapacidade mais importantes. De 1,4 milhão de idosos ( $\geq 65$  anos) dependentes em cinco a sete AVDs, 59% vivem em instituições. Além disso, cerca de 500 mil idosos com similar nível de incapacidade são cuidados em casa por meio de uma combinação de cuidados formais e informais. Esses dados são consistentes com o aumento da necessidade de instituições/serviços de cuidados crônicos para pessoas que vivem sozinhas e desenvolvem incapacidade moderada ou grave (LI, 2005).

A condição de dependência é, sem dúvida, a que mais assusta os idosos, uma vez que vivemos em um contexto cultural no qual a autonomia e a independência do adulto são muito valorizadas e a dependência, que se acredita ser uma condição inevitável da velhice, é sempre deplorada. A principal consequência da associação entre velhice e dependência é o desenvolvimento de atitudes negativas em relação à velhice.

Dependência pode ser definida como um estado em que a pessoa é incapaz de existir de maneira satisfatória sem a ajuda de outra. As dependências observadas nos idosos resultam tanto das alterações biológicas quanto das mudanças nas exigências sociais e, frequentemente, as últimas parecem determinar as primeiras.

No Estudo Sabe observou-se que, no município de São Paulo em 2000, 19,2% dos idosos (cerca de 200 mil) indicavam ter dificuldades no desempenho das ABVDs (70,5% em uma ou duas e 29,5% em três ou mais) e 26,3% (cerca de 270 mil idosos) nas AIVDs (58,2% em uma ou duas e 41,8% em três ou mais). Passados seis anos, verificou-se um aumento na proporção de idosos com dificuldades em ambas as atividades tendo passado para 26,6% o percentual de idosos

com dificuldade em ABVDs e para 38,5% em AIVDs (tabela 1) (DUARTE, 2001; LEBRÃO; DUARTE, 2003).

TABELA 1  
**Distribuição dos idosos segundo a dificuldade referida no desempenho de ABVDs e AIVDs em São Paulo (SP) – 2000 e 2006**  
(Em %)

Dificuldade referida no desempenho das AVDs	2000		2006	
	ABVDs	AIVDs	ABVDs	AIVDs
Sim	19,2	26,3	26,6	38,5
Não	80,8	73,7	73,4	61,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Estudo Sabe de 2000 e 2006.

As ABVDs estão relacionadas ao desempenho do cuidado pessoal. O seu comprometimento implica, frequentemente, a necessidade de auxílio direto por parte de outras pessoas, de forma presencial (cuidador), tornando-as, assim, onerosas e complexas.

Em 2000, quando as dificuldades no desempenho de ABVDs foram analisadas segundo gênero, verificou-se a presença de limitações funcionais em 14,8% dos homens e 22,5% das mulheres. A análise por faixa etária verificou que a proporção de idosos com limitações funcionais era de 15,6% entre os idosos mais jovens (60 a 74 anos) e 32,2% entre os mais longevos ( $\geq 75$  anos). Assim, observa-se uma piora de desempenho com o avançar da idade (um aumento no comprometimento funcional em três ou mais atividades), sendo tal situação mais acentuada entre as mulheres (DUARTE, 2001; LEBRÃO; DUARTE, 2003). Esse dado é reforçado pelo estudo de Santos (SANTOS, 2003), que, utilizando os dados do Estudo Sabe, analisou a esperança de vida sem incapacidade e constatou que, embora o sexo masculino tenha menor esperança de vida, a proporção dos anos a serem vividos sem incapacidade é maior do que no sexo feminino. Os mais idosos também apresentaram dificuldade em um número maior de atividades, o que implica uma situação de maior vulnerabilidade e, conseqüentemente, de maior risco.

Quanto às AIVDs, observou-se que foram mais acentuadas entre as mulheres e pioraram expressivamente na velhice avançada em ambos os sexos. Utilizar transporte mostrou-se a atividade mais comprometida em ambos os sexos, sendo muito mais limitante para as mulheres do que para os homens; o mesmo se repetiu para “fazer compras”. Esses resultados mostram uma tendência à redução do desempenho das atividades externas ao domicílio, o que pode gerar uma diminuição progressiva dos contatos externos e do círculo de relacionamentos, reduzindo a rede de apoio social e levando a uma sobrecarga familiar ainda maior. Outro fato a ressaltar é

que 8,5% dos idosos (cerca de 85 mil pessoas) referiram dificuldades para tomar os próprios medicamentos, fato esse que pode comprometer o controle adequado de suas condições crônicas. A maioria dos idosos que relatou tal dificuldade é portadora de doenças crônicas que exigem o uso de medicamentos contínuos. Nesses casos, deixar de tomar os medicamentos pode ocasionar uma pior evolução das doenças preexistentes, aumentando a possibilidade de ocorrência de sequelas ainda mais limitantes (DUARTE, 2001; LEBRÃO; DUARTE, 2003; SANTOS, 2008).

O comprometimento funcional gera a necessidade de ajuda. Essa ajuda, ainda hoje, é fornecida na maioria das vezes pela rede de suporte informal (família, vizinhos, amigos) uma vez que, em nosso meio, são poucas as alternativas formais de auxílio. No entanto, por mais que as famílias ajudem, isso ainda parece estar aquém das necessidades reais apresentadas pelos idosos. Um estudo buscando conhecer a ajuda fornecida pelos diferentes arranjos domiciliares aos idosos mais dependentes verificou que o máximo de ajuda recebida girava em torno de 50%, muito aquém do necessário (DUARTE; LEBRÃO; LIMA, 2005).

Torna-se assim necessário compreender o funcionamento familiar e a dinâmica de ajuda relacionada ao cuidado informal.

### **3 ENVELHECIMENTO, FAMÍLIA E CUIDADO**

Família pode ser compreendida como um sistema dinâmico em interação dialógica que visa ajudar a pessoa a desenvolver uma presença afetiva, responsável e livre no mundo. É uma criação do ser humano que dá uma resposta ao desejo de ter um grupo de pessoas que atue sobre interesses comuns e com um desenvolvimento afetivo, em que os afetos sejam recíprocos, para obter soluções para os problemas do ciclo vital. É uma organização defensiva diante dos embates da vida de cada pessoa e do conjunto familiar como um todo amenizando os impactos das “crises”. Esse sistema corresponde a uma rede de relações de parentesco cujo funcionamento depende da forma como essas relações se organizam (PINTOS, 1997; DUARTE, 2001).

Em nossa sociedade, quase toda família está envolvida com o bem-estar de, pelo menos, uma pessoa idosa. Em razão da organização de nosso sistema de saúde, voltado para as necessidades dos indivíduos e não para as famílias como unidade, muitas famílias fazem isso sozinhas e só procuram por auxílio do sistema de saúde durante as emergências ou períodos de doenças agudas. A família é o local onde as pessoas aprendem sobre saúde e doença e também onde a maior parte do cuidado é dada ou recebida no transcorrer da vida. Conseqüentemente, a família tem grande potencial como aliado na manutenção ou na recuperação da saúde de seus membros (RICHARDS; LILLY, 2001).

Com as modificações das estruturas familiares (família extensa para família nuclear), em algum momento, as famílias com idosos mais dependentes se deparam com uma difícil alternativa: incorporar o idoso à casa de um filho; transferi-lo para uma ILPI; deixá-lo viver só apesar de suas limitações ou contratar um cuidador para conviver e cuidar dele (DUARTE, 2001).

A família do idoso é uma estrutura elaborada por si mesma, sendo, de alguma maneira, responsável pelo tipo de dinâmica funcional a que pertence. Se os filhos hoje atuam de tal maneira ou se os vínculos funcionam de outra, em grande parte isso corresponde a estruturas sistêmicas elaboradas pelos próprios idosos, seus fundadores, de tal modo que agora serão beneficiários ou vítimas da dinâmica que deram às próprias famílias. Trata-se de algo que deriva dele mesmo e de como se estabeleceu sua relação de vinculação com a família. Pode-se dizer que as reações e relações familiares na velhice correspondem à maneira como se estruturaram funcionalmente durante a vida (DUARTE, 2001; LEBRÃO; LAURENTI, 2005).

É importante lembrar que nossa capacidade para cuidar das necessidades apresentadas pelas pessoas idosas é sempre limitada por questões econômicas. Após a Segunda Guerra, nos países desenvolvidos, foi possível implantar um generoso sistema de suporte para idosos em consequência do rápido desenvolvimento econômico. Em períodos de desenvolvimento econômico mais lento, os ganhos de determinados grupos são financiados com gastos de outro. Mais recentemente, os recursos destinados aos programas para idosos e para pessoas mais jovens provêm dos mesmos limitados recursos. Atualmente, e nos próximos anos, as principais discussões envolverão debates entre gerações de como os recursos econômicos serão divididos. Gastos governamentais diretos relacionados ao suporte dos idosos mais dependentes representam apenas parte dos custos relacionados ao cuidado desse grupo. Para muitos indivíduos, o período imediatamente anterior à morte é caracterizado por declínio físico e extensivo uso dos serviços de saúde. Maximizar o suporte comunitário faz parte de um planejamento que vise à minimização dos custos relacionados a essa demanda crescente (ANGEL; ANGEL, 1997).

Nos Estados Unidos, várias iniciativas de fortalecimento de serviços comunitários e domiciliares voltados para o atendimento das demandas dos idosos passaram a constituir a parte central da reforma da atenção à saúde nesse local. Infelizmente, o custo-efetividade de tais programas e sua capacidade para evitar a institucionalização dos idosos mais fragilizados não foram claramente demonstrados. Uma das razões que continua a impulsionar o fortalecimento dos cuidados comunitários é permitir o contínuo envolvimento da família no cuidado de seus membros familiares. Evidências mostram que as famílias são, ainda hoje,

as principais responsáveis pelo cuidado de seus idosos mais fragilizados, sendo a institucionalização um último recurso utilizado, na maioria das vezes, quando os recursos familiares foram esgotados. Muitas pessoas idosas que apresentam algum tipo de incapacidade ainda preferem viver sozinhas ou na comunidade em vez de residir em uma ILPI (ANGEL; ANGEL, 1997).

Estima-se, nos Estados Unidos, a existência de 22,4 milhões de cuidadores de pessoas idosas com incapacidade no desempenho de suas AVDs básicas e/ou instrumentais. Cuidadores familiares estão presentes em todos os níveis socioeconômicos e grupos étnicos: 41,3% são filhas, 38,4% são esposas e 20,4% são outros familiares ou amigos. Muitos cuidadores também são idosos e em risco de desenvolvimento de problemas crônicos. Aproximadamente 45% de todos os cuidadores primários têm idade igual ou superior a 65 anos com 47,4% do cuidador primário matrimonial tendo idade de 75 anos ou mais. O cuidador trabalha arduamente e por muito tempo. Estima-se que cuidadores familiares despendam cerca de 40 horas de cuidado por semana ou mais e a média de duração dessa atividade, em anos, é de 4,3 (GILL; ROBISON; TINETT, 1998; MESSECAR, 2008).

Hoje, com as famílias menores e a grande mobilidade dos filhos, além da maior presença da mulher no mercado de trabalho, pode não haver um potencial de ajuda familiar disponível para prover o cuidado no dia a dia de seus membros idosos mais dependentes ou ele ser negligenciado, o que pode ter impacto na sobrevivência, com qualidade, dessas pessoas (MACHADO; QUEIROZ, 2002). Essas mudanças indicam que em futuro próximo os idosos que se tornarem dependentes terão poucas alternativas de auxílio (GILL; ROBISON; TINETTI, 1996; LI, 2005).

Conhecer a nossa realidade pode nos auxiliar nessa reflexão. Dessa forma, a partir da identificação dos idosos mais dependentes que residiam no município de São Paulo, buscou-se analisar qual a continência às suas demandas de suporte informal disponível. Assim, entre os idosos que referiram dificuldades no desempenho de uma ou mais ABVDs em 2000 e, portanto, que requeriam um cuidador presencial, foi perguntado se recebiam ajuda para auxiliá-los no desempenho das atividades. O resultado encontrado foi estratificado segundo o tipo de arranjo domiciliar do idoso (DUARTE; LEBRÃO; LIMA, 2005).

Sessenta e seis tipos diferentes de arranjos domiciliares foram identificados na relação descritiva das várias combinações de corresidentes entre os idosos no município de São Paulo. Esse total foi reorganizado em sete grupos: idosos residindo sozinhos, casais, arranjos bigeracionais, arranjos trigeracionais, apenas idosos corresidentes, idosos e netos, arranjo com cuidador extrafamiliar. O grupo mais frequente foi o bigeracional (32,1%), seguido pelos casais (20,0%), arranjos

trigeracionais (19,5%), idosos residindo sozinhos (13,1%), com cuidadores (6,9%), somente idosos (6,7%) e, por último, apenas com netos (1,7%) (DUARTE; LEBRÃO; LIMA, 2005).

Em 2000, 19,2% dos idosos apresentavam dificuldade no desempenho de uma ou mais ABVDs. Embora esse tipo de dificuldade requeira o auxílio presencial de outra pessoa, 60,6% deles referiram não receber qualquer ajuda, sendo essa proporção variável conforme o arranjo domiciliar (tabela 2) (DUARTE; LEBRÃO; LIMA, 2005).

TABELA 2

**Distribuição dos idosos com limitações funcionais em ABVDs que referiram não receber ajuda para seu desempenho segundo tipo de arranjo domiciliar em São Paulo (SP) – 2000**

(Em %)

Tipo de arranjo domiciliar	Idosos que referiram não receber nenhuma ajuda
Idosos residindo sozinhos	83,6
Idosos e netos	82,6
Somente idosos	69,4
Casais	64,0
Arranjos bigeracionais	59,4
Arranjos trigeracionais	47,9
Arranjos com cuidador extrafamiliar	43,6
Total	60,6

Fonte: Estudo Sabe de 2000.

Encontrou-se que, em média, os diferentes tipos de arranjos supriam cerca de 50% das demandas dos idosos (DUARTE; LEBRÃO; LIMA, 2005). Para se analisar o impacto do cuidado (ou não cuidado) das famílias sobre a evolução das condições de saúde de seus idosos, os arranjos descritos foram reagrupados em dois grandes grupos: grupo A (57,6%), incluindo os arranjos mais continentais (arranjos bigeracionais, trigeracionais e aquele que contava com cuidador extrafamiliar); e grupo B (42,4%), os arranjos menos continentais (idosos residindo sozinhos, os casais, apenas idosos corresidentes, idosos e netos).

A tabela 3 mostra essa estratificação por faixa etária.

TABELA 3

**Distribuição dos idosos segundo continência dos arranjos domiciliares às demandas de cuidados apresentadas pelas pessoas idosas e idade em São Paulo (SP) – 2000**

(Em %)

Idade	Grupo A (mais continente)	Grupo B (menos continente)
60 a 74 anos	58,0	42,0
≥ 75 anos	47,7	52,3
Total	57,6	42,4

Fonte: Estudo Sabe de 2000.

Observa-se que a maioria dos idosos mais longevos reside em arranjos menos continentais, embora tenham maiores demandas assistenciais ( $p = 0,0000$ ).

Quando essa análise é feita considerando a presença de dificuldades no desempenho das ABVDs, verifica-se que a maioria dos idosos com dificuldades reside em arranjos menos continentais (tabela 4).

TABELA 4  
**Distribuição dos idosos segundo dificuldades funcionais em ABVDs e continência dos arranjos domiciliares às demandas de cuidados apresentadas pelas pessoas idosas em São Paulo (SP) – 2000**  
(Em %)

Dificuldade no desempenho de ABVDs	Tipo de arranjo domiciliar		Total
	Grupo A (mais continente)	Grupo B (menos continente)	
Sim	50,3	49,7	19,2
Não	70,7	29,3	80,8
Total	57,6	42,4	100,0

Fonte: Estudo Sabe de 2000.

Nesse mesmo período, considerando o envelhecimento da população e o aumento de sua demanda assistencial (tabela 1), buscou-se verificar qual foi a migração entre os arranjos mais ou menos continentais (tabela 5).

TABELA 5  
**Distribuição dos idosos segundo mudança de arranjo domiciliar em São Paulo (SP) – 2000 e 2006**  
(Em %)

Grupo em 2000	Grupo em 2006		Total
	Grupo A (mais continente)	Grupo B (menos continente)	
Grupo A (mais continente)	73,8	26,2	57,6
Grupo B (menos continente)	12,1	87,9	42,4
Total	47,6	52,4	100,0

Fonte: Estudo Sabe de 2000 e 2006.

Observa-se uma proporção maior de pessoas idosas que migraram dos grupos mais continentais para os menos continentais (26,2%) do que de pessoas idosas que migraram do grupo menos continente para o mais continente (12,1%). A relação total foi invertida no intervalo de seis anos, ou seja, os idosos ficaram mais velhos, mais dependentes e passaram a corresidir em arranjos menos continentais, com maior probabilidade de receberem menos assistência às suas demandas ( $p = 0,0000$ ). Em termos da população idosa do município de São Paulo, isso representa aproximadamente 650 mil pessoas que não são assistidas adequadamente em todas as suas demandas assistenciais. Isso traz à reflexão de que cuidado à velhice mais dependente está se falando.

Mesmo no arranjo mais continente (A), muitos idosos não recebem a ajuda de que necessitam. Assim, no grupo A (mais continente), 20,2% dos idosos apresentavam dificuldades em ABVDs. Desses, 76,1% dos que tinham entre 60 e 74 anos e 23,9% daqueles com idade  $\geq 75$  anos não recebiam auxílio em suas necessidades ( $p = 0,0000$ ). Já nos arranjos menos continentes (B), 18,2% tinham dificuldades e desses, 62,8% dos que tinham entre 60 e 74 anos e 37,2% dos com idade  $\geq 75$  anos não recebiam auxílio em suas necessidades ( $p = 0,0001$ ).

Independente da continência dos arranjos, quando se analisa por gênero, verifica-se, como dito anteriormente, que as mulheres apresentam mais limitações funcionais em ABVDs que os homens (22,5% e 14,8%, respectivamente) e recebem menos ajuda (14,8% e 7,3%); se for associada à faixa etária, verifica-se que os idosos mais jovens (60 a 74 anos) são os menos auxiliados e, entre esses, as mulheres são menos auxiliadas que os homens (71,1% e 64,9%, respectivamente). Entre os mais longevos ( $\geq 75$  anos), essa relação se inverte e os homens passam a ser menos auxiliados (35,9% e 28,9%, respectivamente) ( $p = 0,0000$ ).

Em um período de seis anos, dos idosos que apresentavam limitações funcionais para o desempenho de ABVDs, 25,1% morreram e, aproximadamente, 1% foi institucionalizado. Dos que faleceram, 54,7% residiam, em 2000, em arranjos menos continentes (B) e, portanto, eram menos cuidados. Independente do tipo de arranjo, buscou-se verificar a relação entre óbito e ajuda (tabela 6).

TABELA 6

**Distribuição dos óbitos segundo sexo, dificuldade em ABVDs e ajuda no desempenho dessas atividades em São Paulo (SP) – 2000 e 2006**

(Em %)

Dificuldade no desempenho das ABVDs em 2000	Proporção de óbitos		Total
	Sexo		
	Homens	Mulheres	
Não	58,3	41,7	66,9
Sim, sem ajuda	36,9	63,1	12,8
Sim, com ajuda	44,1	55,9	20,3
Total	52,7	47,3	100,0

Fonte: Estudo Sabe de 2000 e 2006.

Entre os que não apresentavam dificuldades (66,9%), houve maior proporção de óbitos entre os homens (58,3%), já entre os que apresentavam dificuldades (33,1%), as mulheres faleceram em maior proporção, sendo que as que não recebiam ajuda (63,1%) faleceram mais ( $p = 0,00016$ ).

Quando essa análise considera a idade, verifica-se que entre os idosos mais jovens (60 a 74 anos), os homens morrem mais do que as mulheres (59,5% e 40,5%,

respectivamente). No entanto, quando a ajuda recebida é analisada, observa-se que as mulheres sem ajuda morrem mais do que os homens (56,7% e 43,3%, respectivamente). Ao se analisarem os óbitos entre os idosos mais longevos ( $\geq 75$  anos), as mulheres morreram mais (56,5% e 43,5%) e aumenta a proporção de óbitos entre as mulheres sem ajuda (67,2% e 32,8%) ( $p = 0,0003$ ).

Dessa forma pode-se verificar que o suporte informal existente para os idosos não é capaz de atender às suas demandas assistenciais, fazendo com que aqueles que apresentem limitações funcionais mais acentuadas tenham uma sobrevivência com auxílio limitado o que, de certa forma, antecipa sua morte, quadro esse muito mais acentuado entre as mulheres. Sabe-se, no entanto, que a maioria das famílias faz o que é possível para atender à demanda de seus parentes idosos e o sofrimento causado pelo não alcance dessas metas gera sofrimento para todos (idosos e familiares).

Nos Estados Unidos, o aumento da proporção de cuidadores primários de idosos (os que prestam cuidado direto), sem auxílio de cuidadores secundários (os que prestam cuidados indiretos), passou de 34,9% em 1989 para 52,8% em 1999, tendendo a continuar crescendo. No entanto, a proporção de idosos continuará crescendo e o potencial de ajuda familiar tende a se reduzir ainda mais nos próximos anos (MESSECAR, 2008). Atualmente, famílias e amigos proveem cerca de 80% de todo o cuidado necessário aos idosos a um custo estimado de US\$ 306 bilhões/ano, mais que o dobro do que é atualmente pago para os serviços de assistência domiciliar combinado com as ILPIs naquele país (MESSECAR, 2008).

As consequências negativas na saúde física e mental do cuidador familiar têm sido bem documentadas. O estresse relacionado a ser cuidador de um cônjuge cronicamente doente resulta em um aumento de 63% na média de mortalidade quando comparado a seus pares que não são cuidadores. Cônjuges cuidadores que proveem mais de 36 horas/semana de cuidado direto apresentam seis vezes mais chance de desenvolver sintomas depressivos ou ansiedade quando comparados com filhos cuidadores (duas vezes mais chance) (MESSECAR, 2008). Adicionalmente, cuidadores familiares têm o dobro de probabilidade de desenvolver doenças mentais ou deterioração física quando comparados a não cuidadores. Cuidadores familiares submetidos a estresse extremo demonstram envelhecimento prematuro. Estima-se que tais condições reduzam em cerca de dez anos sua expectativa de vida (VITALINO; ZHANG; SCANLAN, 2003).

A maioria dos cuidadores se diz despreparada para o desempenho de suas atividades assistenciais. Estudo nacional americano encontrou que 58% dos respondentes disseram ser nada ou pouco preparados para lidar com as necessidades de

seus membros idosos, sendo o despreparo emocional para lidar com essas situações a principal queixa referida (MESSECAR, 2008).

A maior vulnerabilidade do grupo de cuidadores familiares precisa ser atendida. Falhar nisso resultará no aumento de problemas físicos e mentais e, em última instância, aumentará os custos sociais. O sistema de cuidados informais é um recurso que precisa ser protegido e amparado e não, depreciado. Nenhuma instituição pode repor o suporte e o cuidado dado pelos familiares. No entanto, as necessidades das pessoas idosas seriam mais bem atendidas com a combinação de ambos, cuidado informal e formal. O desafio que se apresenta é o desenvolvimento de serviços comunitários que suplementem o cuidado familiar a ser desenvolvido em parceria. Torna-se necessário modificar o olhar dos profissionais para os familiares, deixando de vê-los como trabalhadores não remunerados que necessitam, apenas, ser encorajados em suas atividades de cuidado.

Os desafios frente às famílias de idosos são complexos. Torna-se urgente a implementação de um cuidado comunitário suplementar que possa complementar o cuidado prestado pela família. O desafio passa a ser a organização de serviços comunitários de alta qualidade que possam assistir as famílias no cuidado de seus parentes idosos a um custo razoável.

#### **4 ENVELHECIMENTO, FRAGILIDADE E CUIDADO**

O tema “fragilidade”, em nosso meio, ainda é controverso. Embora não possa ser considerado um conceito novo, fragilidade não possui uma definição consensual em termos internacionais. Constitui-se em uma síndrome multidimensional envolvendo uma interação complexa dos fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida individual que culmina com um estado de maior vulnerabilidade associado ao maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos (TEIXEIRA, 2006; TEIXEIRA; NERI, 2006; DUARTE, 2007).

Alguns profissionais de saúde consideram fragilidade como uma condição intrínseca do envelhecimento, o que pode ocasionar intervenções tardias com potencial mínimo de reversão das consequências adversas da síndrome, incluindo a redução da expectativa de vida saudável ou livre de incapacidades (FRIED *et al.*, 2001; FRIED; WALSTON, 2003; FRIED *et al.*, 2005).

Antes da década de 1980, poucos estudos abordavam esse assunto. A partir da segunda metade daquela década, começaram a surgir inúmeras publicações, sempre atribuindo ao “idoso frágil” características como idade igual ou maior do que 75 anos, maior vulnerabilidade, presença de déficit físico e/ou cognitivo e declínio funcional e, ainda, necessidade de assistência contínua. Por essa razão, fragilidade

e incapacidade passaram a ser compreendidas como sinônimos, o que perdura até hoje na compreensão do senso comum (TEIXEIRA, 2006; TEIXEIRA; NERI, 2006; DUARTE, 2007).

Resultados de estudos longitudinais que buscavam clarificar a sequência de mudanças básicas relacionadas à fragilidade, e suas consequências clínicas, passaram a indicar que muitos idosos chegavam à velhice avançada em boas condições de saúde e de funcionalidade. Assim, a associação entre incapacidade e fragilidade passou a ser questionada, uma vez que nem todas as pessoas com declínio funcional eram frágeis; nem todas as pessoas frágeis apresentavam declínio funcional e medidas preventivas pareciam interferir na instalação dessa síndrome (FRIED; WALSTON, 2003; DUARTE, 2007).

A partir da década de 1990, o conceito de “ser frágil” foi sendo gradativamente substituído pela condição de “tornar-se frágil” e a fragilidade passou a ser compreendida como precursora de incapacidade, institucionalização e morte, com fortes evidências de diferenças étnicas e culturais e com importante impacto na saúde pública, uma vez que poderia ser evitada ou revertida (FRIED, 2001; FRIED; WALSTON, 2003).

Fried *et al.* (2001) trabalharam na proposição de critérios objetivos mensuráveis para definir fragilidade em idosos a partir da hipótese de que ela representa uma síndrome que pode ser identificada a partir de um fenótipo.

Fragilidade, então, passou a ser definida como uma síndrome clínica caracterizada pela diminuição da reserva energética e pela resistência reduzida aos estressores, condição essa que se apresenta como resultado do declínio cumulativo dos múltiplos sistemas fisiológicos, aumentando a vulnerabilidade às condições adversas, por haver dificuldade de manutenção da homeostase em situações de exposição a perturbações tais como variações na condição de saúde e alterações de temperatura ambiental (FRIED, 2001; FRIED; WALSTON, 2003). É exemplo disso a expressiva mortalidade de idosos em Paris durante o verão de 2003 e na Itália em 2005, por ocasião de forte elevação da temperatura, onde ocorreram aproximadamente 19 mil e 20 mil mortes, respectivamente.

Ainda segundo Fried *et al.* (2001) a fragilidade se apresentaria na forma de um fenótipo que inclui cinco componentes passíveis de serem mensurados:

- perda de peso não intencional;
- fadiga autorreferida;
- diminuição da força;

- baixo nível de atividade física; e
- diminuição da velocidade da marcha.

A presença de um ou dois componentes do fenótipo seria indicativo de alto risco de desenvolver a síndrome (pré-frágeis) e três ou mais componentes estariam presentes em idosos frágeis. Esse fenótipo seria resultado de um ciclo representado por uma espiral com potencial decrescente de reserva de energia de múltiplos sistemas, transformando a causa inicial da fragilidade em um fator determinante de declínio funcional. A detecção precoce de um ou dois dos componentes da síndrome (condição pré-frágil) poderia evitar a instalação da mesma, a partir da adoção de intervenções específicas (FRIED *et al.*, 2001).

Em segundo lugar, fragilidade, comorbidade e incapacidade são condições clínicas distintas, embora possam ocorrer simultaneamente (FRIED *et al.*, 2001, FRIED *et al.*, 2005). A síndrome apresentada mostrou-se um fator preditor independente para desfechos adversos em saúde – quedas, diminuição da capacidade funcional, hospitalização, institucionalização e morte precoce. O desafio atual é traduzir o conhecimento, obtido nas pesquisas, na melhoria da qualidade assistencial voltada à população atendida pelos sistemas social e de saúde, reduzindo incidência, prevalência e consequências adversas da fragilidade. O potencial de reversibilidade por intervenções é, talvez, a principal característica que distingue o envelhecimento da fragilidade.

Quando o modelo de Fried (FRIED *et al.*, 2001; FRIED; WALSTON, 2003) foi validado, encontrou-se uma prevalência de 6,9% e uma incidência de 7,2% em quatro anos, com predominância entre as mulheres. Verificar como esse panorama se apresenta em nossa realidade e que relação existe entre fragilidade e cuidado em nosso meio é um dos objetivos do Estudo Sabe.

Considerando o modelo apresentado, a prevalência de fragilidade entre os idosos do município de São Paulo foi de 15,4%. Dentre esses, observou-se que 89,4% apresentaram baixa atividade física, 83,4% lentidão na velocidade da caminhada, 79,9% diminuição da força muscular, 59,8% exaustão e 30,3%, perda de peso.

Observa-se que a condição de fragilidade é mais acentuada entre as mulheres e entre os idosos mais longevos. Se for considerada a associação entre processo de fragilização e fragilidade verifica-se que a maioria da população idosa encontra-se nessa situação, o que terá um significativo impacto, em curto espaço de tempo, nas políticas assistenciais, sociais e de saúde. A fragilidade é mais importante entre os idosos sem escolaridade, indicando que, em nosso meio, ela também se mostra como uma iniquidade (tabela 7).

TABELA 7

**Distribuição dos idosos segundo categorização de fragilidade e variáveis sociodemográficas no município de São Paulo – 2006**

(Em %)

Características	Não frágil	Pré-frágil	Frágil	P
Sexo				
Feminino	31,3	51,4	17,3	0,006
Masculino	41,8	45,9	12,3	
Idade				
65-74 anos	45,2	47,3	7,5	0,000
75 anos ou +	23,8	51,5	24,7	
Escolaridade				
Analfabeto	15,3	59,6	25,1	0,000
1 a 3 anos	37,1	48,7	14,1	
4 a 7 anos	38,9	46,2	14,9	
8 anos e +	47,6	45,1	7,3	
Vive sozinho	32,8	56,2	11,0	0,127
Funcionalidade familiar (idoso)				
Boa funcionalidade	40,0	51,2	8,8	0,110
Disfunção moderada	35,6	51,9	12,5	
Disfunção elevada	22,2	58,7	19,1	
Funcionalidade familiar (cuidador)				
Boa funcionalidade	14,6	47,1	38,3	0,176
Disfunção moderada	0,0	49,7	50,3	
Disfunção elevada	8,2	36,2	55,6	
Sobrecarga do cuidador				
Sem sobrecarga	12,6	51,6	35,8	
Sobrecarga leve	18,2	39,6	42,2	
Sobrecarga intensa	9,8	22,2	67,0	

Fonte: Estudo Sabe de 2006.

Ao se avaliar a funcionalidade familiar, do ponto de vista da pessoa idosa e de seus cuidadores (quando existentes), verifica-se uma proporção maior de idosos frágeis em famílias com moderada ou elevada disfunção familiar o que, sem dúvida, compromete sua capacidade assistencial, tornando-as menos capazes de assistir adequadamente as demandas de seus familiares. Essa condição é ainda pior quando analisada sob a visão dos cuidadores que, se associada à sobrecarga avaliada, mostra a condição de sofrimento em que se encontra o suporte informal dos idosos.

Na análise das variáveis relacionadas às condições de saúde, observa-se a associação da condição de fragilidade com a maioria das doenças consideradas, com especial atenção para as doenças cerebrovasculares sabidamente geradoras de importantes demandas assistenciais. As comorbidades e o comprometimento cognitivo mostram-se fortemente associados a essa condição. A partir desses resultados, pode-se configurar o perfil de demandas acentuadas que acompanham os idosos

mais fragilizados, o que permite compreender a sobrecarga referida pelos cuidadores e a urgente necessidade de desenvolvimento de apoio complementar.

TABELA 8  
**Distribuição dos idosos segundo categorização de fragilidade e variáveis sobre condições de saúde no município de São Paulo – 2006**  
(Em %)

Características	Não frágil	Pré-frágil	Frágil	P
Autoavaliação de saúde				
Muito boa/boa	51,9	42,4	5,7	0,000
Regular	28,5	60,0	11,5	
Ruim/muito ruim	21,0	55,0	24,0	
Hipertensão arterial	32,1	50,3	17,6	0,015
Diabete	23,9	55,2	20,9	0,000
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)	26,7	52,0	21,3	0,080
Cardiovascular	26,0	52,1	21,9	0,001
Osteoarticular	31,7	50,0	18,3	0,036
Osteoporose	27,1	51,9	21,0	0,001
Acidente Vascular Cerebral (AVC)	12,2	49,1	38,7	0,000
Autoavaliação nutricional				
Bem nutrido	40,8	50,5	8,7	0,002
Mal nutrido	17,4	62,9	19,7	
Índice de massa corporal				
Baixo peso (< 23 kg/m <sup>2</sup> )	34,2	53,5	12,3	0,159
Eutrofia (23 ≥ IMC < 28 kg/m <sup>2</sup> )	39,1	51,0	9,9	
Sobrepeso (28 ≥ IMC < 30 kg/m <sup>2</sup> )	42,5	46,6	10,9	
Obeso (≥ 30 kg/m <sup>2</sup> )	31,5	50,8	17,7	
Número de doenças				
Nenhuma	48,0	43,5	8,5	0,000
Uma	44,8	46,4	8,8	
Duas ou mais	29,5	52,1	18,4	
Déficit cognitivo	8,4	61,3	30,3	0,000
Sintomas depressivos	11,7	56,5	31,8	0,000
Mobilidade comprometida	29,9	51,9	18,2	0,000

Fonte: Estudo Sabe de 2006.

Quando se analisa a associação entre a condição de fragilidade e os desfechos de saúde, observa-se que os idosos frágeis ou em processo de fragilização são mais dependentes e, assim, necessitam de mais cuidados formais e informais. Dada sua condição, utilizam mais os serviços de saúde, em especial a hospitalização e os serviços de urgência que, muitas vezes, representam a principal porta de entrada desse grupo no sistema de saúde. Isso talvez possa ser explicado pela associação entre a dificuldade de acessar os serviços e a pior condição funcional dos idosos. Dada a maior dificuldade em mobilizá-los, a procura pelos serviços pode ser postergada ao

máximo, só ocorrendo em casos mais extremos, o que tende a piorar ainda mais sua condição de fragilidade.

TABELA 9  
**Distribuição dos idosos segundo categorização de fragilidade e desfechos adversos de saúde no município de São Paulo – 2006**  
 (Em %)

Características	Não frágil	Pré-frágil	Frágil	p
Queda no último ano	22,9	57,2	19,9	0,000
Fratura após queda	16,4	57,1	26,5	0,314
Internação no último ano	16,0	43,3	40,7	0,000
Utilização de serviço de emergência	25,2	59,5	15,3	0,026
Dificuldade para acessar os serviços de saúde	24,5	49,5	26,0	0,000
Dificuldade em ABVD				
Nenhuma	43,0	49,7	7,3	0,000
Uma ou duas atividades	22,8	57,5	19,7	
Três ou mais atividades	3,1	31,4	65,5	
Dificuldade em AIVD				
Nenhuma	49,3	46,8	3,9	0,000
Uma ou duas atividades	18,3	64,2	17,5	
Três ou mais atividades	7,6	37,7	54,7	

Fonte: Estudo Sabe de 2006.

É importante considerar as diferenças de cuidado demandadas pelas pessoas idosas e que os fatores clínicos considerados isoladamente não são capazes de determinar a real necessidade de serviços desse grupo etário. Existem muitas evidências mostrando que fatores culturais influenciam o papel da família no cuidado de seus idosos mais fragilizados e assim afetam suas demandas assistenciais. Um sistema fragmentado com pouca compreensão ou aceitação da grande heterogeneidade social e cultural, que envolve esse grupo, possivelmente falhará nas respostas às suas necessidades, implicando a alocação de muitos recursos com um resultado ineficiente e inapropriado.

As colocações aqui apresentadas partem de algumas premissas. É importante que exista um pacto entre as gerações que envolva valores e tradições, gerando um debate sobre o significado da sobrecarga da dependência, que a população idosa poderá apresentar verdadeiramente sem precedentes. Devemos lembrar que as pessoas idosas não são estranhas, são nossos pais e avós; são pessoas que se empenharam e, muitas vezes, sacrificaram-se para a construção da nação, provendo as oportunidades das quais hoje desfrutamos. Eles nos representam em um diferente ponto de nosso curso de vida. Voltar as costas para essa questão significa voltar as costas para nós mesmos. Torna-se, assim, necessária uma mudança de consciência sobre tais questões e uma profunda reconceitualização sobre o que significa ser

velho, adulto ou jovem e as relações entre essas diferentes gerações. É preciso começar a compreender a diversidade, a enxergar as diferenças culturais que podem constituir um recurso importante ou uma fraqueza.

O suporte informal é obviamente importante quando a pessoa idosa torna-se doente e funcionalmente dependente. Uma surpreendente quantidade de idosos que vivem sozinhos na comunidade é acometida por sérios comprometimentos funcionais. Outros são tão limitados quanto os idosos que residem em instituições, sendo que esses não poderiam sobreviver na comunidade se não recebessem ajuda de seus familiares e de sua rede de suporte informal. Se esse suporte não existisse, eles estariam sendo negligenciados ou teriam de se mudar para uma ILPI, aumentando a sobrecarga de financiamento de programas assistenciais. A capacidade da família e da rede local em prover esse suporte é, assim, crucial para o bem-estar dos idosos, particularmente daqueles com médios ou altos níveis de dependência, em que a presença ou ausência de suporte familiar pode ser a diferença entre continuar na comunidade ou necessitar residir em uma ILPI.

Quando a rede de suporte não consegue prover o cuidado de forma adequada ou por muito tempo, quer pela condição do idoso, quer pelo tamanho pequeno da rede, o cuidado comunitário formal ou a institucionalização são as únicas opções. No entanto, redes grandes não garantem, sozinhas, o suporte adequado. Para todos os grupos, a família é o centro da rede informal de apoio, particularmente em áreas rurais onde as distâncias entre amigos e vizinhos são grandes e o isolamento é mais frequente que nos centros urbanos. Para os economicamente menos favorecidos, as famílias servem como refúgio no qual o mínimo de suporte material e emocional está disponível. Para os idosos cujas famílias não estão disponíveis, a perda da capacidade funcional pode significar institucionalização e dependência dos sistemas formais de apoio.

## REFERÊNCIAS

- ALLEN, S. M.; MOR, V. The prevalence and consequences of unmet need: contrast between older and young adults with disability. *Medical Care*, v. 35, n. 11, p. 1.132-1.148, 1997.
- ANGEL, R. J.; ANGEL, J. L. *Who will care for us?* Aging and long-term care in multicultural America. New York: New York University Press, 1997.
- CAMARANO, A. A. *et al.* Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p. 137-167.
- DESAI, M. M.; LENTZNER, H. R.; WEEKS, J. D. Unmet need for personal assistance with activities of daily living among older adults. *Gerontologist*, v. 41, n. 1, p. 82-88, 2001.

DUARTE, Y. A. O. *Família – rede de suporte ou fator estressor: a ótica de idosos e cuidadores familiares*. 2001. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 2001.

\_\_\_\_\_. Envelhecimento, funcionalidade e arranjos domiciliares na América Latina e Caribe. Tese (Livre-Docência) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 2005. p. 205.

\_\_\_\_\_. A perda da autonomia na velhice: o papel da família e do Estado. In: CERQUEIRA, A. T. de A. R.; OLIVEIRA, N. I. L. de (Org.). *Compreendendo o cuidado do idoso: uma abordagem multiprofissional*. Botucatu: Cultura Acadêmica Editora, UNESP, 2006a.

\_\_\_\_\_. Serviços de atendimento aos idosos. In: CERQUEIRA, A. T. de A. R.; OLIVEIRA, N. I. L. de (Org.). *Compreendendo o cuidado do idoso: uma abordagem multiprofissional*. Botucatu: Cultura Acadêmica Editora, UNESP, 2006b.

\_\_\_\_\_. Indicadores de fragilização na velhice para o estabelecimento de medidas preventivas. *A Terceira Idade*, v. 18, p. 7-24, 2007.

DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L. O cuidado gerontológico: um repensar sobre a assistência em gerontologia. *O Mundo da Saúde*, v. 29, n. 4, p. 566-574, 2006.

\_\_\_\_\_. Saúde e independência: aspirações centrais para os idosos. Como estão sendo satisfeitas? In: NERI, A. L. (Org.). *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo: SESC Editora, 2007.

DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; LIMA, F. D. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. *Revista Panam. Salud Publica*, v. 17, n. 5/6, p. 370-378, 2005.

FRIED, L. P.; WALSTON, J. Frailty and failure to thrive. In: HAZZARD, W. et al. (Ed.). *Principles of geriatric medicine and gerontology*. 5th ed. New York: McGraw-Hill, 2003. Chapter 116, p. 1.487-1.502.

FRIED, L. P. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J. Geront.*, v. 56, n. 3, p. M146-56, 2001.

\_\_\_\_\_. From bedside to bench: research agenda for frailty. *Sci Aging Knowl Environment*, v. 2, n. 31, p. 24, 2005.

GILL, T. M.; ROBISON, J. T.; TINETTI, M. E. Difficulty and dependency: two components of the disability continuum among community-living older persons. *Ann. Intern. Med.*, v. 128, n. 2, p. 96-101, 1998.

GRUMDY, E. Living arrangements and the health of older persons in developed countries. *Population Bulletin of the United Nations*, Special Issue, p. 42-43, 2001.

GURALNIK, J. M.; FRIED, L. P.; SALIVE, M. E. Disability as a public health outcome in the aging population. *Annu. Rev. Public Health*, v. 17, p. 25-46, 1996.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento. *O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 8, n. 2, p. 127-141, 2005.

LI, S. Y. Trajectories of ADL disability among community-dwelling frail older persons. *Research on Aging*, v. 27, n. 1, p. 56-79, 2005.

- MACHADO, L.; QUEIROZ, Z. V. Negligência e maus tratos. In: FREITAS, E. V. *et al. Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. p. 791-797.
- MAST, B. E.; MACNEIL, S. E.; LICHTENBERG, P. A. Por stroke and clinically-defined vascular depression in geriatric rehabilitation patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, v. 12, p. 84-92, 2004.
- MESSECAR, D. C. Family caregiving. In: CAPEZUTI, E. *et al. Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Springer, 2008.
- PINQUART, M.; SORENSEN, S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health. A meta-analysis. *Psychological & Ageing*, v. 18, n. 2, p. 250-267, 2003.
- PINTOS, C. C. G. *A família e a terceira idade: orientações psicogerontológicas*. São Paulo: Paulinas, 1997.
- RICHARDS, B. S.; LILLY, M. L. Gerontological family nursing. In: HANSON, S. M. H. *Family health care nursing: theory, practice and research*. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: FA Davis Publishers, 2001.
- ROSA, T. E. *et al.* Determinant factors of functional status among the elderly. *Revista Saúde Pública*, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003.
- SANTOS, J. L. F. Análise de sobrevida sem incapacidade. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. (Org.). *O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: OPAS/MS, 2003. p. 167-181.
- SANTOS, J. L. F. *et al.* Functional performance of elderly people in instrumental activities of daily living: an analysis in the municipality of São Paulo, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, p. 879-886, 2008.
- TEIXEIRA, I. *Definições de fragilidade em idosos: uma abordagem multiprofissional*. Dissertação – Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2006.
- \_\_\_\_\_.; NERI, A. L. A fragilidade no envelhecimento: fenômeno multidimensional, multiterminado e evolutivo. In: FREITAS, E. V. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006. cap. 115, p. 1.102-1.109.
- VITALINO, P. P.; ZHANG, J.; SCANLAN, J. M. Is caregiving “hazardous to one’s physical health”? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, v. 129, p. 946-997, 2003.
- WILKINS, S.; LAW, M.; LETS, L. Assessment of functional performance. In: BONDER, B. R.; WAGNER, M. B. *Functional performance in older adults*. Philadelphia: FA Davis, 2001. cap. 12, p. 236-251.