

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

MARINA MIRANDA BORGES

QUAIS OS FATORES ASSOCIADOS A SE TER O SUPORTE NECESSÁRIO  
QUANDO A PESSOA IDOSA TEM DIFICULDADE E PRECISA DE AJUDA EM  
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA?

SÃO CARLOS - SP

2024

Marina Miranda Borges

QUAIS OS FATORES ASSOCIADOS A SE TER O SUPORTE NECESSÁRIO  
QUANDO A PESSOA IDOSA TEM DIFICULDADE E PRECISA DE AJUDA EM  
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA?

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Orientador: Prof. Dr. Tiago da Silva Alexandre

São Carlos - SP

2024

## **DEDICATÓRIA**

Este trabalho é sobre suporte. Dedico ele àqueles que são o meu, especialmente

Ao meu filho, Cauã,

Aos meus pais, Donizete e Divanei,

E ao meu parceiro de vida, Rafael.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus**, por ser e estar comigo e me direcionar lições e respostas sempre que preciso. Por me dar força, capacidade e oportunidade de experiência e crescimento.

Ao meu orientador Professor Dr. **Tiago da Silva Alexandre**. Existem professores e existem aqueles que sabem ensinar. O professor Tiago é os dois. Agradeço por todos os ensinamentos e por, principalmente, ter acreditado em mim e na minha capacidade para concluir esse trabalho, quando muitas vezes eu duvidei. Agradeço também por me ensinar que, apesar de muitas vezes não enxergarmos o fim, se fizermos um bom trabalho em cada etapa, conseguimos atingir o principal objetivo. Obrigada por me ensinar a não me conformar em estar na média, mas sempre querer melhorar.

Ao **Grupo de Estudos em Epidemiologia e Envelhecimento (GEPEN)** por todo apoio, principalmente à **Sara** e à **Letícia**, por tomarem as minhas preocupações e os meus prazos como se fossem delas.

Agradeço àqueles que são ou foram **suporte**. Àqueles que se dedicam e se doam para ajudar o próximo, sem pretensão de receber algo em troca e que fazem a diferença na vida de alguém.

Ao **InterCoLAgeing** e aos profissionais envolvidos, pela possibilidade de acesso às bases de dados que permitiram o desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus colegas de trabalho, **Júlia** e **Emanuel**, pois sem eles não teria sido possível conciliar minha vida profissional e acadêmica.

Não poderia deixar de agradecer ao meu orientador de iniciação científica, professor **Dr. Marcos Hortes**, por ter sido o primeiro a me dizer que deveria seguir para o mestrado.

À **minha família**, pois, se não fosse ela, eu não conseguiria ter começado nem concluído esta etapa.

## RESUMO

**Introdução:** Com o avançar da idade podem ocorrer dificuldades para realizar atividades básicas de vida diária (ABVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Entender quais condições socioeconômicas e de acesso à rede de apoio determinam que a pessoa idosa receba o suporte quando tem dificuldade e precisa de ajuda para realizar as atividades de vida diária (AVD) são fundamentais para o planejamento da rede de atenção social e de saúde. **Objetivo:** Analisar os fatores associados a se ter suporte quando a pessoa idosa tem dificuldade e precisa de ajuda para realizar apenas AIVD ou ambas, AIVD e ABVD. **Metodologia:** Estudo transversal envolvendo 1.428 participantes do *English Longitudinal Study of Ageing* (Estudo ELSA), em 2012, que apresentavam dificuldade e precisavam de ajuda para realizar AIVD ou AIVD e ABVD. Os participantes que apresentavam dificuldade e precisavam de ajuda somente para AIVD foram divididos em dois grupos quanto ao desfecho: 1) aqueles que não recebiam o suporte que necessitavam; e 2) aqueles que recebiam o suporte que necessitavam. Os participantes que apresentavam dificuldade e precisavam de ajuda para AIVD e ABVD também foram divididos em dois grupos quanto ao desfecho: 1) aqueles que não recebiam o suporte que necessitavam; e 2) aqueles que recebiam o suporte que necessitavam. As variáveis de exposição foram: dados sociodemográficos, incluindo o agregado familiar e a composição familiar, bem como características da participação social e da rede de suporte formal. Dois modelos de regressão logística foram utilizados para analisar quais seriam os fatores associados a se ter o suporte necessário quando a pessoa idosa tem dificuldade e precisa de ajuda para realizar AIVD ou AIVD e ABVD, tendo como referência os grupos que não recebiam nenhum suporte. **Resultados:** Ter mais de 80 anos (OR=3,85 IC95% 1,83–8,07), ser mulher (OR=2,01 IC95% 1,14–3,54), pertencer ao grupo de maior quintil de renda (OR=2,68 IC95% 1,01–7,13), ter irmãos (OR=2,13 IC95% 1,16–3,92) e frequentar clubes sociais (OR=2,79 IC95% 1,26–6,16) foram fatores que aumentaram a chance de se ter o suporte quando o indivíduo apresentava dificuldade apenas em AIVD, enquanto ser casado (OR=0,29 IC95% 0,09–0,90) e frequentar igrejas ou grupos religiosos (OR=0,50 IC95% 0,97–0,92) foram fatores que diminuiriam a chance de ter o suporte quando necessitavam. Ser homem (OR=1,40 IC95% 1,05–1,88), não morar sozinho (OR=1,81 IC95% 1,10–3,03), ser casado (OR=2,01 IC95% 1,24–3,27) e ter suporte de

*homecare* (OR=8,00 IC95% 3,80–16,82) foram os fatores que aumentaram a chance de se ter o suporte quando o indivíduo apresentava dificuldade para ABVD e AIVD.

**Conclusão:** Para aqueles que têm dificuldade e precisam de ajuda somente em AIVD, a maior renda, características da composição familiar e a participação social foram associados a se ter o suporte. Já para aqueles que têm dificuldade em AIVD e ABVD, o cuidado formal foi um importante fator associado. O conhecimento de tais características é fundamental para contribuir para o planejamento da rede de suporte de saúde e social e para formular políticas públicas que atendam de maneira efetiva pessoas idosas que tem dificuldade e precisam de ajuda em ABVD e AIVD.

**Palavras-chave:** Envelhecimento, Planejamento em Saúde e Assistência Social, Padrão de Cuidado, Serviços de Assistência Domiciliar.

## ABSTRACT

**Introduction:** With the advance of age, difficulties may happen when accomplishing basic (BADL) and instrumental activities of daily living (IADL). Understanding which socioeconomic, access to the support network and health services conditions determine that the older people receive the support when there are difficulties in activities of daily living (ADL) are essential to plan the social health network. **Objective:** Analyze the compelling points of having support when the older people show difficulties and need help to execute IADL or IADL and BADL. **Methodology:** Transversal (crosswise) study involving 1,428 participants of the English Longitudinal Study of Ageing (ELSA Study) in 2012 who showed difficulties and needed help performing IADL or IADL and BADL. The participants with difficulties in IADL were divided in two groups regarding the closure: 1) those who do not receive the assistance they need; and 2) those who receive the assistance they need. The participants with difficulties in both IADL and BADL were also divided in two groups: 1) those who do not receive the assistance they need; and 2) those who receive the assistance they need. The variables of exposition were: socio-demographic and psycho-social data, including the family household, the family composition, social participation and the formal support network. Two logistic regression models were utilized to analyse which associated factors of having the necessary assistance when the older people show difficulties and need help to execute IADL or IADL and BADL using groups with no assistance as reference. **Results:** Being older than 80 years old (OR=3,85 IC95% 1,83–8,07), being a woman (OR=2,01 IC95% 1,14–3,54), belonging to the biggest quintile income group (OR=2,68 IC95% 1,01–7,13), having siblings (OR=2,13 IC95% 1,16–3,92) and attending to social clubs (OR=2,79 IC95% 1,26–6,16) were the factors associated with having the assistance when oneself showed difficulties only in IADL, while being married (OR=0,29 IC95% 0,09–0,90) and attending churches or religious groups (OR=0,50 IC95% 0,97–0,92) were factors associated with less chance of having the assistance when they needed. Being a man (OR=1,40 IC95% 1,05–1,88), not living alone (OR=1,81 IC95% 1,10–3,03), being married (OR=2,01 IC95% 1,24–3,27) and having a homecare support (OR=8,00 IC95% 3,80–16,82) were the factors associated with having the assistance when oneself showed difficulties in IADL and BADL. **Conclusion:** For those who have difficulty and need help only in IADL, the biggest income, the household composition

characteristics and the social participation were associated with having the proper assistance. Those who have difficulty in both IADL and BADL, the formal care was an important associated factor. Knowing these characteristics is essential and it contributes to plan the social health network and to formulate public policies that effectively assist older people who show difficulty and need help with IADL and BADL but do not have it.

**Key-words:** Aging, Health Planning, Standard of Care, Home Care Services.



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Modelo teórico proposto com as variáveis de interesse desse estudo e sua associação com o recebimento de suporte.....	23
<b>Figura 2.</b> Desenho do Estudo <i>ELSA</i> .....	26
<b>Figura 3.</b> Fluxograma da amostra do estudo.....	28
<b>Figura 4.</b> Terceira etapa da criação das variáveis de desfecho.....	31
<b>Figura 5.</b> Etapa final da criação das variáveis de desfecho.....	32

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Características sociodemográficas, de participação social e da rede de suporte formal dos 1.428 participantes que tinham dificuldade e precisavam de ajuda para as AIVD ou para as AIVD e ABVD, de acordo com a condição de recebimento de suporte, Estudo ELSA (2012).....46
- Tabela 2.** Características comportamentais e clínicas dos 1.428 participantes que tinham dificuldade e precisavam de ajuda para as AIVD ou para as AIVD e ABVD, de acordo com a condição de recebimento de suporte, Estudo ELSA (2012).....48
- Tabela 3.** Fatores associados a se ter o suporte necessário nos 1.428 participantes que tinham dificuldade e precisavam de ajuda para AIVD ou que tinham dificuldade e precisavam de ajuda para AIVD e ABVD, Estudo *ELSA* (2012).....51

## LISTA DE ABREVIACOES E SIGLAS

**ABVD:** Atividades Básicas de Vida Diária

**AIVD:** Atividades Instrumentais de Vida Diária

**AVD:** Atividades de Vida Diária

**CANE:** *Camberwell Assessment of Need for the Elderly*

**CES-D:** *Centre for Epidemiological Studies-Depression Scale*

**CNPQ:** Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

**DSS:** Determinantes Sociais da Saúde

**Estudo ELSA:** *English Longitudinal Study of Ageing*

**FCA:** *Family Caregiver Alliance*

**HSE:** *Health Survey for England*

**ILPI:** Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas

**IMC:** Índice de Massa Corporal

**InterCoLAgeing:** *International Collaboration of Longitudinal Studies of Ageing*

**MREC:** *London Multicenter Research and Ethics Committee*

**OMS:** Organização Mundial da Saúde

**PASBAQ:** *Physical Activity and Sedentary Behaviour Assessment Questionnaire*

**SHARE:** *European Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*

**TCLE:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UFSCAR:** Universidade Federal de São Carlos

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução.....</b>	<b>15</b>
<b>2. Objetivo .....</b>	<b>24</b>
<b>3. Metodologia .....</b>	<b>25</b>
<b>3.1. Estudo <i>ELSA</i>.....</b>	<b>25</b>
<b>3.2. Tipo de Estudo .....</b>	<b>27</b>
<b>3.3. Amostra .....</b>	<b>27</b>
<b>3.4. Variáveis de Exposição.....</b>	<b>28</b>
<b>3.5. Variável de Desfecho.....</b>	<b>29</b>
<b>3.6. Variáveis Comportamentais e Clínicas.....</b>	<b>32</b>
<b>3.7. Análises Estatísticas .....</b>	<b>34</b>
<b>4. Resultados.....</b>	<b>35</b>
<b>5. Considerações Finais.....</b>	<b>65</b>
<b>6. Referências Bibliográficas.....</b>	<b>66</b>

## APRESENTAÇÃO

Esta dissertação foi realizada de acordo com as normas do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia (PPGGero) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), sendo desenvolvida no Laboratório de Estudos em Epidemiologia e Envelhecimento (LEPEN), sediado no Departamento de Gerontologia da mesma Universidade.

Esse trabalho está inserido na Linha de Pesquisa “Saúde, Biologia e Envelhecimento” do PPGGero.

O LEPEN é financiado pelo CNPQ (Processo Número 305338/2023-4) e pela FAPESP (Projeto Jovem Pesquisador sob o Processo Número 2018/13917-3). Neste laboratório é sediado o *International Collaboration of Longitudinal Studies of Ageing (InterCoLAgeing)*, um consórcio internacional de estudos longitudinais envolvendo o Estudo ELSI-Brasil (Estudo Longitudinal da Saúde e Bem Estar dos Idosos Brasileiros), o *ELSA Study (English Longitudinal Study of Ageing)*, e o *MHAS Study (Mexican Health and Aging Study)*. O *InterCoLAgeing* é coordenado pelo orientador desta dissertação e tem por objetivo unir esforços em uma colaboração internacional envolvendo estudos longitudinais.

Para a realização desta dissertação foram utilizados dados do Estudo *ELSA* para analisar os fatores associados a se ter suporte quando a pessoa idosa tem dificuldade e precisa de ajuda para realizar as AVD. Os resultados mostraram que, quando o indivíduo tem dificuldade e precisa de ajuda apenas para AIVD, a maior renda, características da composição familiar e a participação social são fatores associados a ter o suporte que se precisa, porém quando a pessoa idosa passa a ter dificuldade e precisa de ajuda para AIVD e para ABVD, o cuidado formal mostra-se um importante fator associado a se ter o suporte que se precisa.

## **Lista de referências de trabalhos desenvolvidos pela aluna durante o mestrado**

### **1. Trabalho publicado em anais de congresso:**

13º CONGRESSO PAULISTA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, São Paulo, 2024. Título: Quais os determinantes de se ter o suporte necessário quando a pessoa idosa tem dificuldade e precisa de ajuda em atividades de vida diária? Modalidade: E-Pôster.

### **2. Participação em projetos de pesquisa:**

A aluna é integrante do *InterCoLAgeing*, um consórcio de estudos longitudinais de múltiplas coortes envolvendo o Estudo ELSI-Brasil (Estudo Longitudinal da Saúde e Bem Estar dos Idosos Brasileiros), o *ELSA Study* (*English Longitudinal Study of Ageing*) e o *MHAS Study* (*Mexican Health and Aging Study*).

### **3. Disciplinas cursadas durante o mestrado:**

As disciplinas cursadas totalizaram 46 créditos, 11 a mais que a quantidade mínima exigida pelo PPGGero, sendo todas avaliadas com conceito A. São elas: Fundamentos Teóricos da Gerontologia (2022); Métodos de Pesquisa Aplicados à Gerontologia (2022); Bioestatística (2022); Seminários Avançados de Pesquisa em Gerontologia (2022) e Tópicos em Saúde, Biologia e Envelhecimento: Análises de Dados Epidemiológicos (2023). Além disso, a aluna também cursou a disciplina de Gestão em Saúde na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

### **Link do currículo Lattes e ORCID**

Currículo Lattes disponível em: <https://lattes.cnpq.br/7113784228035335>

ORCID disponível em: <https://orcid.org/0000-0001-5090-6722>

## 1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno de ordem mundial que tem trazido diversas consequências epidemiológicas, sociais e econômicas (ONU, 2019). O processo de envelhecimento a nível individual acontece de forma heterogênea, ou seja, cada indivíduo envelhece de uma maneira, a depender de fatores intrínsecos, como a presença de comorbidades, e extrínsecos, como o estilo de vida e o acesso a serviços de saúde (MARENGONI, 2011; FLATT & PARTRIDGE, 2018; TALARSKA et al., 2018). Dessa forma, à medida que a idade avança pode haver declínio funcional e a pessoa idosa pode apresentar dificuldade para realizar suas atividades de vida diária (AVD) (TALARSKA et al., 2018).

As AVD são atividades de autocuidado necessárias no cotidiano do indivíduo (TALARSKA et al., 2018). A capacidade de executar essas atividades é denominada de capacidade funcional e o grau de dependência do indivíduo está diretamente relacionado às atividades nas quais ele precisa de ajuda ou não consegue realizar (KATZ, 1963; LAWTON, 1971; RODRIGUES et al., 2009). Essas atividades estão divididas em atividades instrumentais de vida diária (AIVD), que são atividades mais complexas, exigem mais habilidades motoras e neuropsicológicas e são fundamentais para a relação do indivíduo com o meio em que vive, e as atividades básicas de vida diária (ABVD), que são atividades voltadas mais ao autocuidado (KATZ, 1963; ALEXANDRE et al., 2014). As AIVD são as atividades como usar o transporte, fazer compras, cuidar da casa, preparar refeições, usar o telefone, administrar o dinheiro e administrar os medicamentos, enquanto as ABVD são as atividades como transferir-se, vestir-se, andar, tomar banho, usar o banheiro e alimentar-se (KATZ, 1963; LAWTON, 1971).

A literatura traz evidências de que características clínicas (como a presença de multimorbidades, comprometimento cognitivo, depressão e obesidade) e comportamentais (como o estilo de vida sedentário, o abuso de álcool e o consumo de tabaco) influenciam negativamente a trajetória da capacidade funcional de um indivíduo (STUCK et al., 1999; MARENGONI et al, 2011; RAINA et al, 2021). Nos estudos realizados por Alexandre et al. (2012) e Alexandre et al. (2014), há evidências de diferenças nos determinantes da incidência de incapacidade entre homens e mulheres: tanto para ABVD quanto para AIVD, as mulheres que tinham doenças crônicas e vulnerabilidade social apresentaram maior incidência de incapacidade do que os homens. Ademais, Dugravot et al. (2020) identificaram que algumas

características socioeconômicas, mais especificamente a ocupação profissional do indivíduo, também afetam a capacidade funcional. Portanto, percebe-se que todas essas características podem influenciar a maneira pela qual as pessoas idosas podem precisar de cuidados em algum momento da vida.

Por meio da identificação das AVD que um indivíduo precisa de ajuda é possível também avaliar sua necessidade de suporte (ZHANG et al, 2021; CARVACHO et al, 2021). Avaliar a necessidade de suporte tem o objetivo de especificar qual ajuda seria necessária de acordo com o grau de dependência do indivíduo para o planejamento de determinadas intervenções (ZHANG et al, 2021; CARVACHO et al, 2021). Especificamente em relação às pessoas idosas, estudos apontam que a classificação da necessidade de suporte é útil, pois contribui para a determinação objetiva de quais cuidados são necessários, o que pode auxiliar a família bem como quais profissionais e serviços são necessários na organização assistencial adequada (NUNES et al, 2018; ZHANG et al, 2021; CARVACHO et al, 2021).

Existem alguns instrumentos para a avaliação da necessidade de cuidados em pessoas idosas (NUNES et al, 2018; ZHANG et al, 2021; CARVACHO et al, 2021). Uma delas, internacionalmente utilizada, é a *Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE)*, que tem por objetivo avaliar, multidimensionalmente, o indivíduo e monitorar a efetividade dos cuidados prestados (ZHANG et al, 2021; CARVACHO et al, 2021). Essa escala é bastante utilizada em pacientes com quadros neuropsiquiátricos e inclui a avaliação de uma ampla gama de necessidades, que são divididas em quatro dimensões, sendo elas: física, ambiental, social e psicológica (HANCOCK et al., 2003). Para cada dimensão, o avaliador pode identificar se uma necessidade está presente ou não e se uma necessidade é atendida de maneira adequada ou não, possibilitando a identificação de lacunas que facilitem a elaboração do modelo de intervenção (HANCOCK et al., 2003).

No estudo de Nunes et al. (2018), os autores também propuseram uma maneira de classificar a necessidade de cuidados da pessoa idosa a partir de suas demandas funcionais (NUNES et al., 2018). A pesquisa foi realizada em contexto brasileiro a partir de hierarquização das AVD e os participantes foram divididos em quatro grupos quanto à necessidade de cuidado: 1) sem necessidade de suporte; 2) necessidade mínima, que são aqueles que necessitam de um cuidador pelo menos uma vez na semana; 3) necessidade moderada, que são aqueles que necessitam de um cuidador pelo menos uma vez ao dia; e 4) necessidade máxima, que são aqueles que necessitam de um cuidador em tempo integral



(NUNES et al., 2018). Essa classificação possibilita a elaboração de um plano de cuidado individual focado na demanda da pessoa idosa por um cuidador (NUNES et al., 2018).

Dessa maneira, percebe-se que enquanto a avaliação da necessidade ou não de ajuda para execução das AVD está relacionada à capacidade funcional do indivíduo, avaliar a necessidade de cuidado tem o objetivo de especificar qual suporte é necessário para uma prestação de cuidados adequada (RODRIGUES et al., 2009; ZHANG et al., 2021; CARVACHO et al., 2021). No contexto do envelhecimento, muitas vezes os cuidados necessários são de longa duração (COMAS-HERRERA et al., 2003). Os cuidados de longa duração são destinados a pessoas com algum grau de dependência para as AVD e que geralmente têm alguma doença crônica associada, abrangendo um conjunto de cuidados de saúde e sociais (COMAS-HERRERA et al., 2003). Dados recentes apontam que nos próximos anos, a necessidade de cuidados de longa duração aumentará e será um desafio para adaptação das famílias e dos sistemas sociais e de saúde (MOMMAERTS & YULYA, 2020; RACHET-JACQUET, ROCKS & CHARLESWORTH, 2023).

Esse tipo de cuidado pode ser prestado de maneira formal e/ou informal (MOMMAERTS & YULYA, 2020). Enquanto os cuidados informais são prestados por familiares ou outras pessoas na ausência de vínculo empregatício, os cuidados formais são prestados por profissionais com vínculo empregatício (MOSQUERA et al., 2016; CHIANG, YEH & LIU, 2017; RODRIGUES et al., 2019; KRUSE et al., 2019). Entretanto, embora muitas pessoas idosas recebam cuidados formais, mais da metade dos cuidados de longa duração são fornecidos de maneira informal por familiares ou amigos e a prevalência de sobrecarga entre esses cuidadores é alta (MOMMAERTS & YULYA, 2020).

Essa sobrecarga pode ocorrer devido a diversos fatores: a função de cuidar pode não ser a única função que o cuidador desempenha na residência; não há orientação suficiente para a prestação de cuidado; a capacidade funcional da pessoa idosa demanda cuidados mais complexos e por grande quantidade de tempo; e os recursos financeiros disponíveis para os gastos com o cuidado à pessoa idosa podem não ser suficientes (como os gastos com medicações e materiais, por exemplo) (SEZGIN, CEVHEROGLU & GÖK, 2022). Todos esses fatores podem gerar sintomas físicos e emocionais no cuidador, como exaustão, sintomas depressivos, isolamento social e problemas de saúde (SEZGIN, CEVHEROGLU & GÖK, 2022). Isso pode trazer consequências negativas tanto para a saúde do cuidador quanto para a qualidade do cuidado prestado (PRISTAVEC & LUTH, 2020).

Nesse contexto, o agregado familiar e a composição familiar são importantes indicadores para pesquisas nas áreas econômica e social (BONGAARTS, 2001; KRISTENSEN et al., 2021). O agregado familiar é definido como um grupo de pessoas que vivem na mesma residência e compartilham alimento, renda e outros itens essenciais para a vida, podendo ter ou não relações de parentesco entre si (BONGAARTS, 2001). A composição familiar refere-se especificamente aos indivíduos que possuem relações de parentesco entre si, que podem ou não viver na mesma residência, e que desempenham um importante papel na prestação de cuidados para pessoas idosas, principalmente em relação aos cuidados de fim de vida (KRISTENSEN et al., 2021). Kristensen et al. (2021) estudaram esses fatores e apontam em sua pesquisa que, apesar desse importante papel, os mesmos ainda são pouco estudados nas pesquisas sobre cuidado, pois muitos desses estudos baseiam-se em amostras de conveniência ou incluem apenas cuidadores de pessoas idosas com alguma doença específica ou ainda estudam um ambiente de cuidado restrito.

Dessa forma, estudar um único ator do cuidado informal pode captar somente uma perspectiva unidimensional do processo de cuidar, desconsiderando as possibilidades que a família apresenta no compartilhamento das responsabilidades em relação à pessoa idosa (KRISTENSEN et al., 2021). Segundo dados da *Family Caregiver Alliance (FCA)* (2016), a maioria dos cuidadores informais de pessoas idosas são os filhos. No entanto, no estudo realizado por Klerk, Boer & Plaisier (2021), que analisou os determinantes de se prestar (e não de se receber, como em nosso estudo) o cuidado, mulheres entre 45 e 64 anos apresentaram mais chance de realizar a função de cuidar informalmente. Outros estudos apontam que, além da maioria das pessoas que prestam o cuidado informal serem mulheres, elas assumem também uma carga de cuidado mais pesada do que os homens, por prestarem cuidados mais complexos e cuidarem por maior quantidade de tempo (MURUTHI et al., 2021; SKINNER & SOGSTAD, 2022).

Portanto, observa-se que é evidente a diferença existente entre gêneros no processo de cuidar (MARTIN-MATTHEWS, 2007; SKINNER & SOGSTAD, 2022). No estudo realizado por Jakobsson et al. (2016), os autores encontraram que a pessoa idosa que tem um filho homem tem mais chance de receber cuidados formais do que se tivesse uma filha mulher. Essa diferença pode ser explicada pelos papéis tradicionais de gênero na sociedade, onde é esperado que o homem se responsabilize por prover o sustento da casa e que a mulher tenha a função de cuidar da família (MARTIN-MATTHEWS, 2007). Além disso, na pesquisa realizada por Martin-Matthews (2007), observou-se que indivíduos que precisam de cuidados,

quando têm a possibilidade de escolher, preferem que uma mulher exerça essa função do que um homem.

A literatura também fornece evidências da importância do contato entre irmãos e o papel dos mesmos no suporte das pessoas que precisam de cuidados (BEDFORD & AVIOLI, 2012; JENSEN, NIELSON & YORGASON, 2019). As pessoas que passam da faixa etária da meia idade para a velhice enfrentam mudanças que podem possibilitar o ressurgimento ou o fortalecimento do vínculo entre irmãos, como por exemplo, a saída dos filhos de casa, a aposentadoria e, algumas vezes, a necessidade de cuidar dos pais que também são pessoas idosas (JENSEN, NIELSON & YORGASON, 2019). A pesquisa de Jensen, Nielson & Yorgason (2019) encontrou evidências de que o contato entre irmãos nessa fase pode gerar maior percepção de apoio, maior satisfação com a vida e maior percepção de bem-estar.

É possível perceber, então, que a família possui um importante papel na prestação de cuidados à pessoa idosa (FU et al., 2023). No entanto, um fato que também pode acontecer na interação entre a pessoa idosa e a família é a negligência de cuidados por parte da família, ou seja, a recusa ou o descumprimento das obrigações em relação aos cuidados da pessoa idosa ou a omissão das responsabilidades nesse processo, podendo causar comprometimento ao seu bem-estar mental e físico (FU et al., 2023). No estudo de Fu et al. (2023), os achados apontaram que as pessoas com dificuldade para as ABVD e AIVD apresentaram mais chance de sofrer negligência. Contrariamente, as mulheres e os indivíduos com escolaridade mais alta apresentaram menos chance de sofrer negligência pela família (FU et al., 2023).

Para além do papel da família no processo de cuidado, a participação social também se mostra um importante fator relacionado ao recebimento e ao fornecimento de suporte a outros indivíduos (WAITE, DUVOISIN & KOTWAL, 2021). A participação social é definida como frequentar grupos organizados (como grupos religiosos, clubes, aulas de exercícios, ser membro de uma organização política, etc.), reunir-se com amigos ou familiares ou realizar trabalho voluntário e é considerada uma dimensão do bem-estar social, um dos componentes de saúde conforme a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) (WAITE, DUVOISIN & KOTWAL, 2021). Além da relação de suporte, a participação social também pode gerar outros benefícios, como melhora da cognição e dos sintomas depressivos (CROEZEN et al., 2015; BOWLING, PIKHARTOVA & DODGEON, 2016; KOTWAL et al., 2016).

Em relação à área social, muitos estudos avaliam a disponibilidade e qualidade da rede de suporte através da mensuração do apoio/suporte social (VALTORTA et al., 2016; KUNG,

PUDNEY & SHIELDS, 2022). O apoio social pode ser definido pela autoavaliação do indivíduo de suas relações pessoais no que diz respeito à disponibilidade de apoio emocional e/ou acesso a recursos, como dinheiro e serviços, e mostra-se um importante fator que influencia tanto a saúde física quanto a saúde mental do indivíduo (COHEN, GOTTLIEB & UNDERWOOD, 2001; VALTORTA et al., 2016). Na pesquisa de Kung, Pudney & Shields (2022), os pesquisadores encontraram que indivíduos com condições socioeconômicas mais baixas bem como os homens tinham maior probabilidade de relatar falta de apoio social. O presente estudo não objetiva avaliar a rede de suporte dessa maneira, mas sim, avaliar se o indivíduo realmente tem o cuidado que precisa para execução das AVD, independentemente de suas relações interpessoais.

Nas situações que demandam maior necessidade de suporte, apenas a prestação de cuidado informal à pessoa idosa pode não ser suficiente e a necessidade de um suporte auxiliar se faz necessária (LISBOA & CHIANCA, 2012; TEGGI, 2020). Entre as modalidades de cuidado formal, os serviços mais frequentes são os cuidadores formais (que podem ser contratados pela própria família), os centros-dias, as residências assistidas, o atendimento domiciliar (ou *homecare*, que são equipes multiprofissionais formadas por profissionais da saúde que incluem cuidadores que auxiliam nas AVD e outros profissionais que prestam cuidados clínicos) e as Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas (ILPI) (CHIANG, YEH & LIU, 2017; LUNT, DOWRICK & LLOYD-WILLIAMS, 2020; GONZALEZ, 2021; SIEGEL et al., 2021; MANIS et al., 2022). A prestação de cuidados formais para auxílio nas AVD pode variar de acordo a legislação e as políticas públicas de cada país (HUMPHRIES, 2015; HARLOCK et al., 2020).

Na Inglaterra, de onde provém os dados para esta pesquisa, por exemplo, esse suporte é fornecido por um sistema governamental nomeado de “*Social Care*”. Os serviços disponibilizados abrangem desde a entrega de refeições em domicílio, ao suporte de profissionais para auxiliar com a manutenção da casa, suporte de centros-dia e residências assistidas até os serviços de *homecare*, que são os serviços utilizados com mais frequência (HUMPHRIES, 2015; HARLOCK et al., 2020). A responsabilidade pela avaliação da necessidade de suporte de cada indivíduo fica sob a responsabilidade dos órgãos públicos denominados de “conselhos” e o financiamento dos cuidados da pessoa idosa pode ter três possibilidades, a depender de sua condição socioeconômica: a) o indivíduo pode ter seus cuidados totalmente financiados pelo governo; b) o indivíduo pode ter seus cuidados

parcialmente financiados pelo governo; ou c) o indivíduo deve arcar com todos os custos de seus cuidados (HUMPHRIES, 2015; HARLOCK et al., 2020).

Dentro das modalidades de suporte, o centro dia oferece apoio durante o dia para execução das AVD, possibilitando que a família possa conciliar outras atividades além do processo de cuidar (LUNT, DOWRICK & LLOYD-WILLIAMS, 2020). Outra alternativa são as residências assistidas, modalidade esta que vem crescendo ao longo dos últimos anos (SIEGEL et al., 2021; MANIS et al., 2022). Apesar de oferecer cuidados 24 horas com equipe especializada, as residências assistidas são destinadas para idosos com independência para as ABVD e com necessidade de cuidados menos complexos (SIEGEL et al., 2021).

Outra modalidade de suporte é o atendimento de *homecare*, que também tem crescido significativamente nos últimos anos (LIU et al., 2022). Buczak-Stec et al. (2022) realizaram uma pesquisa recente para estudar as diferenças de gênero no uso de suporte de *homecare* e os resultados mostraram que as mulheres apresentavam maior probabilidade de utilizar esses serviços do que os homens. Os autores atribuíram a relação deste achado ao fato de que, culturalmente, os homens procuram menos por ajuda quando precisam e, por isso, pode ser que subutilizem tais serviços (BUCZAK-STECC et al., 2022). No estudo de Dickings et al. (2020), que comparou o perfil das mulheres que utilizavam suporte de *homecare* em duas épocas diferentes, os achados apontaram que a média de idade das mulheres idosas que utilizam o *homecare* atualmente foi maior do que as que utilizaram no passado e que as mesmas também apresentaram condições clínicas mais complexas, evidenciando que a necessidade de cuidados de longa duração para essa população pode ficar mais complexa ao longo dos anos.

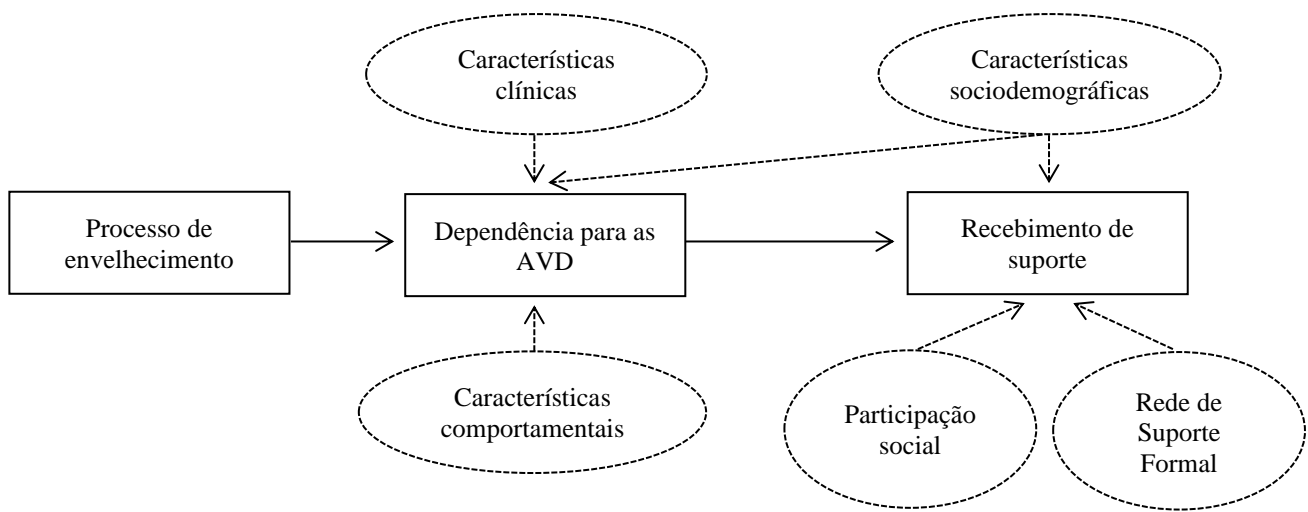
A modalidade de cuidados de longa duração de maior complexidade são as Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas (ILPI), que são instituições de caráter residencial coletivo com assistência 24 horas de equipe multidisciplinar (SEIBERT et al., 2022). No estudo de Seibert et al. (2022), os autores buscaram analisar de que maneira os cuidados prestados para as pessoas idosas com multimorbidades em domicílio poderiam influenciar em sua institucionalização. Os pesquisadores encontraram que a qualidade desses cuidados na residência determina por quanto tempo os indivíduos viverão em suas casas até o início de um maior grau de dependência e a necessidade de admissão em uma ILPI (SEIBERT et al., 2022).

Utilizando dados do *European Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE), Socci et al. (2023) encontraram que a maioria das pessoas idosas que estava

recebendo cuidados em ILPI tinham 80 anos ou mais, eram mulheres, viúvas, com um pequeno agregado familiar (com apenas um membro), com percepção da saúde regular/ruim e utilizavam suas pensões para cobrir seus custos na instituição (SOCCI et al., 2023). Encontraram também que a minoria tinha um irmão vivo e entre 23% a 30% tinham de um a dois filhos (SOCCI et al., 2023). Além disso, a maioria tinha a presença de doenças crônicas associadas e apresentavam muitas limitações para a execução das AVD, necessitando de cuidados contínuos (SOCCI et al., 2023).

Apesar da existência dessas modalidades de cuidado, ainda nem todas as pessoas conseguem ter acesso, seja por não atenderem aos critérios socioeconômicos necessários ou pela escassez de recursos do próprio país, fator este que é observado tanto em países de baixa como em países de alta renda (MCMAUGHAN, OLORUNTOBA & SMITH; 2020). A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca a importância de que os cuidados de longa duração sejam prestados de maneira adequada, como forma de atender as necessidades de cuidado das pessoas idosas e permitir que envelheçam de maneira digna e com qualidade de vida (OMS, 2017). O planejamento do governo frente a essas demandas tem se tornado cada vez mais necessário, como também o planejamento e a conscientização da própria população sobre as necessidades de cuidados futuros, uma vez que parte dos indivíduos também precisará contribuir para o financiamento desse sistema (DIXON et al., 2019).

Assim, conforme demonstrado na Figura 1, o processo de envelhecimento pode vir acompanhado de dependência para as AVD e o indivíduo pode precisar de ajuda para execução destas atividades, podendo receber ou não suporte. Conforme mencionado anteriormente, características clínicas e comportamentais podem influenciar diretamente a capacidade da pessoa idosa na execução das AIVD e ABVD e sua necessidade de ajuda, porém não se mostram associadas ao recebimento de suporte. Por sua vez, as características sociodemográficas se mostram tanto associadas à dependência para as AVD quanto ao recebimento de suporte. Para além das características sociodemográficas, a participação social e a rede de suporte formal podem influenciar diretamente no suporte que esse indivíduo recebe quando precisa de cuidados, mas não influencia na sua dependência. Dessa maneira, a Figura 1 indica o modelo teórico proposto neste estudo e nossas variáveis de interesse.



**Figura 1.** Modelo teórico proposto com as variáveis de interesse deste estudo e sua associação com o recebimento de suporte.

**Fonte:** Elaborada pela autora.

Além disso, é possível perceber que os estudos sobre os cuidados prestados à pessoa idosa são realizados de maneira unilateral, ou seja, estudam estritamente uma modalidade de cuidado ou determinado público e os determinantes do cuidado ainda não estão totalmente claros. Fazendo uma analogia aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), que são definidos como os fatores não médicos que podem influenciar o estado de saúde de um indivíduo ou de uma população (OMS, 2023), os determinantes do recebimento de suporte relacionam-se a esse indicador por descreverem quais os fatores sociais que podem influenciar a prestação e o recebimento de cuidados, como é a proposta deste estudo. Os DDS já têm sua importância bem estabelecida na literatura, pois têm se mostrado mais importantes do que os cuidados de saúde ou as escolhas de estilo de vida para influenciar a saúde do indivíduo (HAHN, 2021; OMS, 2023), porém os determinantes do cuidado ainda têm sido pouco explorados.

Devido à complexidade do cuidado à pessoa idosa, analisar quais são os fatores associados às pessoas idosas terem o suporte necessário quando têm dificuldade e precisam de ajuda para as AVD, dentre todas as características sociodemográficas, de participação social e da rede de suporte formal, torna-se fundamental para o planejamento da rede de suporte e para formular políticas que atendam de maneira efetiva pessoas idosas que precisam de ajuda em ABVD e AIVD.

## **2. OBJETIVO**

Analisar quais os fatores associados a se ter o suporte necessário quando a pessoa idosa tem dificuldade e precisa de ajuda para realizar somente AIVD ou AIVD e ABVD.



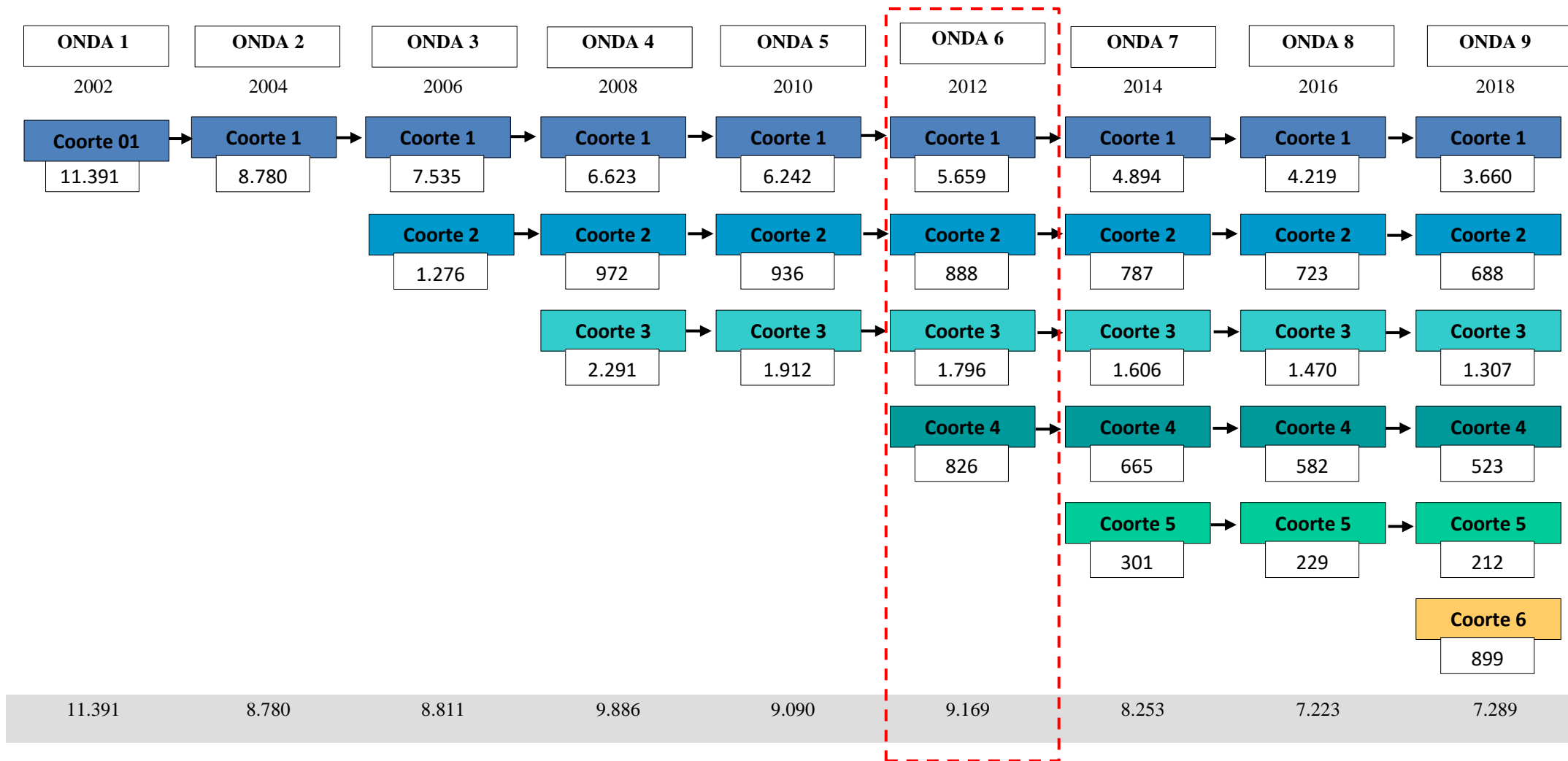
### **3. METODOLOGIA**

A realização deste estudo foi possível graças ao *International Collaboration of Longitudinal Studies of Ageing (InterCoLAgeing)*, um consórcio de estudos longitudinais financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ). O *InterCoLAgeing* é sediado no Departamento de Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e coordenado pelo orientador do presente trabalho. Este consórcio permitiu a disponibilização dos dados do *English Longitudinal Study of Aging* (Estudo *ELSA*) para o desenvolvimento deste estudo.

#### **3.1. Estudo *ELSA***

O Estudo *ELSA* é um estudo longitudinal em painel, que se iniciou no ano de 2002 na Inglaterra. Sua amostra é composta por indivíduos com 50 anos ou mais residentes na comunidade inglesa. Até o momento, o estudo apresenta nove ondas, com intervalo de coleta de dois anos entre cada uma. A coorte original do estudo é composta pelos participantes que foram inseridos na primeira onda, nos anos de 2002 e 2003. A coleta de dados acontece de forma padronizada para todas as ondas, sendo coletados em todas elas dados sociodemográficos, comportamentais e clínicos. Além disso, a cada quatro anos também são realizadas visitas de enfermagem para coleta de dados antropométricos, medidas de desempenho físico e exames laboratoriais (STEPTOE et al., 2013). O desenho do Estudo *ELSA* está representado na Figura 2, onde a linha cinza corresponde ao total de participantes de cada onda do estudo.

A aprovação ética para a coleta de dados em todas as ondas do Estudo *ELSA* foi concedida pelo *London Multicenter Research and Ethics Committee* (MREC 01/2/91) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de iniciarem o estudo.



**Figura 2.** Desenho do Estudo *ELSA*.

**Fonte:** Elaborada pela autora.

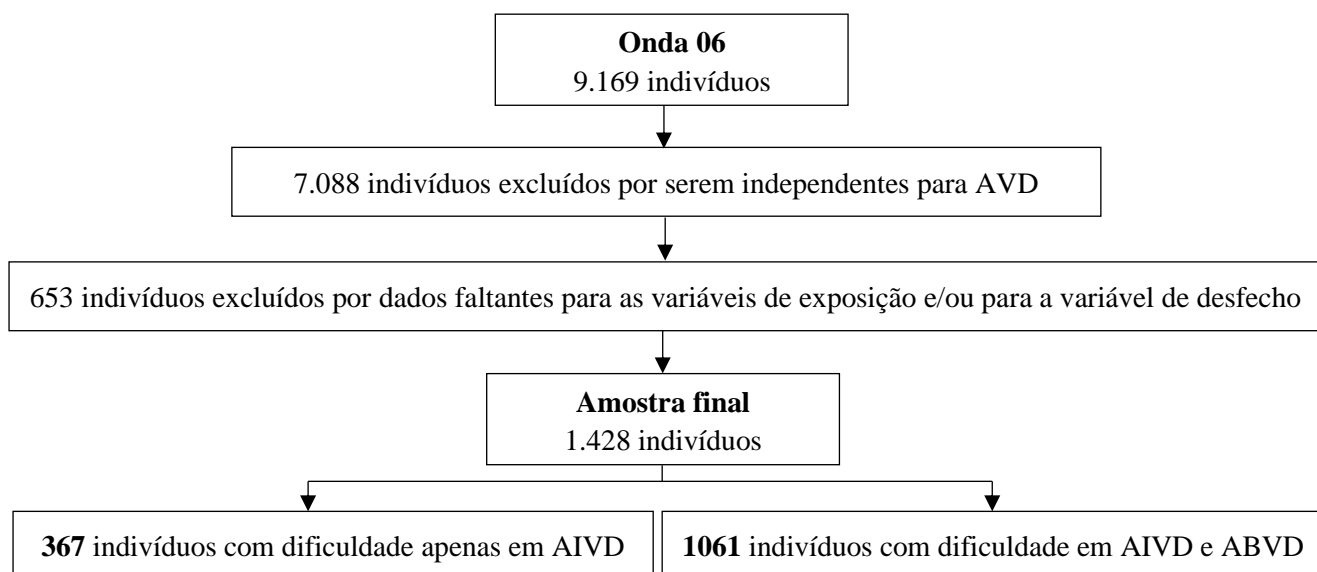
### **3.2. Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo transversal com dados dos participantes da Onda 6 do Estudo *ELSA* (2012), momento em que foram incluídas na coleta de dados informações sobre a participação social, questões estas que foram utilizadas para construir algumas das variáveis de exposição utilizadas neste trabalho. A Onda 6 está representada pela linha pontilhada vermelha na Figura 2.

### **3.3. Amostra**

A amostra deste estudo foi composta por participantes da Onda 6 do Estudo *ELSA* (dados coletados no ano de 2012), que representa um total de 9.169 indivíduos. Deste total, foram incluídos apenas os participantes que relataram dificuldade para a execução das AVD e que tinham 60 anos ou mais.

Portanto, foram excluídos 7.088 indivíduos independentes para as AVD e/ou que apresentavam menos de 60 anos. Foram excluídos também 653 participantes com dados faltantes para as variáveis de exposição e/ou para a variável de desfecho. A amostra final foi composta por 1.428 participantes, sendo que 367 destes indivíduos apresentavam dificuldade e precisavam de ajuda apenas para realizar AIVD e 1.061 destes indivíduos apresentavam dificuldade e precisavam de ajuda para realizar AIVD e ABVD. A Figura 3 mostra o fluxograma da amostra do estudo.



**Figura 3.** Fluxograma da amostra do estudo.

**Fonte:** Elaborada pela autora.

### 3.4. Variáveis de Exposição

Foram considerados como exposição dados sociodemográficos, sobre a participação social e sobre a rede de suporte formal. Conforme demonstrado na Figura 1, por serem condições que podem causar incapacidade para as AVD, mas não necessariamente estão associadas à variável de desfecho deste estudo (que é o recebimento de suporte), os dados clínicos e comportamentais foram utilizados apenas para a caracterização da amostra.

As variáveis sociodemográficas analisadas foram a idade (60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos ou mais), o sexo (masculino e feminino), o estado civil (com vida conjugal e sem vida conjugal), a cor da pele (branca e negros, pardos e asiáticos) e a escolaridade classificada de acordo com o sistema educacional da Inglaterra (0 a 11 anos, 12 a 13 anos e mais que 13 anos de escolaridade). Analisamos a renda com base na riqueza familiar, considerando a riqueza financeira (valor acumulado em poupança e investimentos), o valor de qualquer casa e outros bens (exceto hipoteca), o valor de qualquer ativo de negócios e a riqueza física livre de dívidas (obras de arte e joias), sendo categorizada em quintis (da mais baixa riqueza - 5º quintil - para a mais alta - 1º quintil) (STEPTOE et al., 2013).

Ainda em relação aos dados sociodemográficos, analisamos também o agregado familiar e a composição familiar. Analisamos o agregado familiar pela condição dos participantes de morar sozinho (sim ou não), morar com os filhos (sim ou não) e morar com os netos (sim ou não) (BONGAARTS, 2001). A composição familiar foi avaliada pelo fato de ter filhos (sim ou não), ter pelo menos uma filha mulher (sim ou não) e ter irmãos vivos (sim ou não) (KRISTENSEN et al., 2021).

Em relação aos dados sociais, analisamos a participação social e a rede de suporte formal. A participação social foi avaliada pelo fato de o participante indicar ser membro ou não dos seguintes grupos: (a) partidos políticos/sindicatos; (b) grupos de inquilinos ou moradores; (c) igrejas ou outros grupos religiosos; (d) associações de caridade; (e) grupos de educação/arte/música; (f) clubes sociais e (g) grupos de esportes, ginástica e exercícios (KOUVONEN et al., 2012; RONALDSON et al., 2023). As perguntas foram realizadas de maneira separada para cada grupo e as possíveis respostas foram não/sim (KOUVONEN et al., 2012; RONALDSON et al., 2023).

Por fim, a rede de suporte formal foi analisada pelo recebimento ou não de suporte formal para pelo menos uma AVD no último mês por profissionais de equipes de atendimento domiciliar/*homecare* e por ter frequentado ou não um centro dia no último mês.

Optamos por não avaliar a rede de suporte informal, pois as variáveis referentes ao agregado familiar e à composição familiar já caracterizariam essa rede.

### **3.5. Variável de Desfecho**

A variável de desfecho analisada foi o recebimento de suporte quando o participante apresentava dificuldade para a execução das AVD. Para a criação dessas variáveis, também realizamos algumas análises prévias na amostra, que estão descritas a seguir.

Na primeira etapa, utilizamos como modelo teórico o modelo de hierarquização das AVD proposto por Nunes et al. (2018), que classifica a pessoa idosa em quatro categorias, de acordo com sua necessidade de cuidado: 1) pessoas idosas sem necessidade de cuidado: indivíduos que não apresentavam nenhuma dificuldade para as AVD; 2) pessoas idosas com necessidade mínima de cuidado: indivíduos que apresentavam dificuldade em realizar tarefas pesadas, cuidar do dinheiro, utilizar transporte, fazer compras, realizar tarefas leves e/ou utilizar o telefone; 3) pessoas idosas com necessidade moderada de cuidado: indivíduos que apresentavam dificuldade em tomar medicamentos, vestir-se, transferir-se e/ou preparar

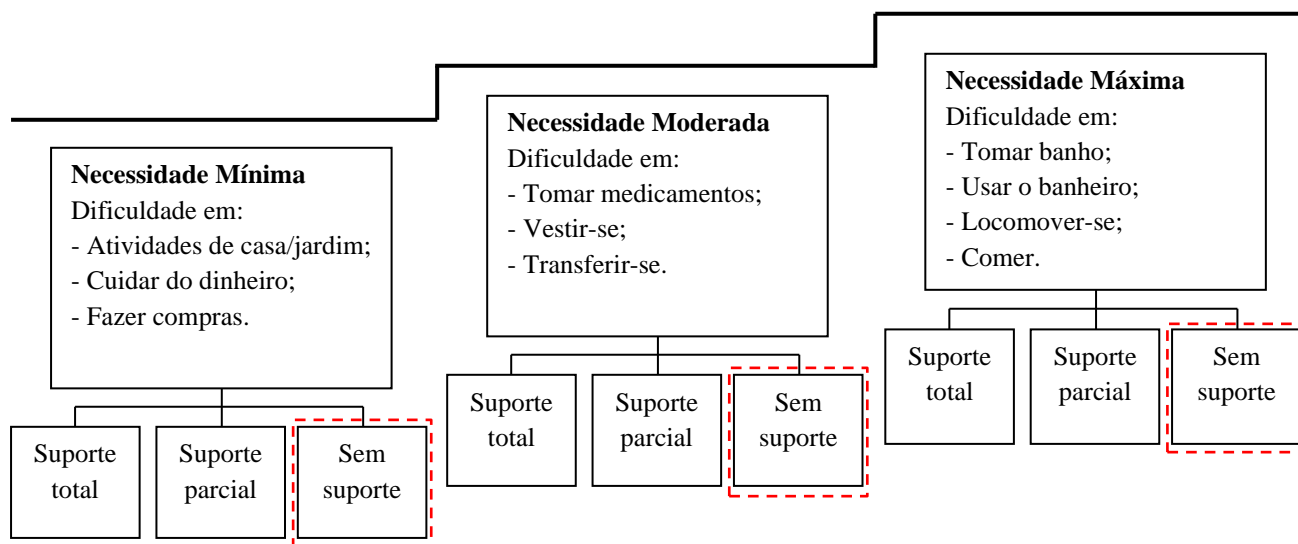
refeições e que podem ter dificuldade nas atividades da categoria 2 também; e 4) pessoas idosas com necessidade máxima de cuidado: indivíduos que apresentavam dificuldade em tomar banho, ir ao banheiro, realizar higiene pessoal, locomover-se e/ou comer e que poderiam ter dificuldade nas atividades das categorias 2 e 3 (NUNES et al., 2018).

Com base nesse modelo, selecionamos as variáveis disponíveis em nosso banco de dados e, seguindo nossos critérios de inclusão, incluímos apenas as pessoas idosas com dificuldade em AVD, elaborando um novo modelo adaptado: 1) pessoas idosas com necessidade mínima de cuidado: indivíduos com dificuldade em realizar atividades de casa/jardim, cuidar do dinheiro e/ou fazer compras; 2) pessoas idosas com necessidade moderada de cuidado: indivíduos com dificuldade em tomar medicamentos, vestir-se e/ou transferir-se e que poderiam ter dificuldade também na categoria 1; e 3) pessoas idosas com necessidade máxima de cuidado: indivíduos com dificuldade em tomar banho, usar o banheiro, locomover-se e/ou comer e que poderiam ter dificuldade também nas categorias 1 e 2.

Na segunda etapa, elaboramos novas variáveis que identificavam se o indivíduo recebia ou não suporte para a(s) atividade(s) que ele tinha dificuldade, criando uma variável de recebimento de suporte para cada AVD, categorizando da seguinte maneira: a) indivíduos que tinham dificuldade em determinada atividade e recebiam ajuda para a mesma atividade na qual tinham dificuldade; e b) indivíduos que tinham dificuldade em determinada atividade e não recebiam ajuda para a mesma atividade na qual tinham dificuldade.

Na terceira etapa, criamos uma nova variável condicional agregando as variáveis de hierarquização das AVD que criamos na primeira etapa (necessidade mínima, moderada e máxima) e as variáveis de recebimento de suporte que criamos na segunda etapa (receber ajuda para a atividade que tem dificuldade e não receber ajuda para a atividade que tem dificuldade). A nova variável condicional foi criada com a seguinte categorização dentro de cada grupo de hierarquização de AVD: 1) indivíduos que recebiam suporte total, ou seja, que recebiam ajuda para todas as atividades nas quais tinham dificuldade; 2) indivíduos que recebiam suporte parcial, ou seja, que recebiam ajuda para no mínimo uma atividade e não recebiam ajuda para no mínimo uma atividade nas quais tinham dificuldade; e 3) indivíduos sem suporte, ou seja, que não recebiam ajuda para todas as atividades que tinham dificuldade. As análises seriam feitas comparando os grupos que recebiam suporte total e parcial com os grupos que não recebiam nenhum suporte. Dessa forma, seriam feitas três análises, uma para

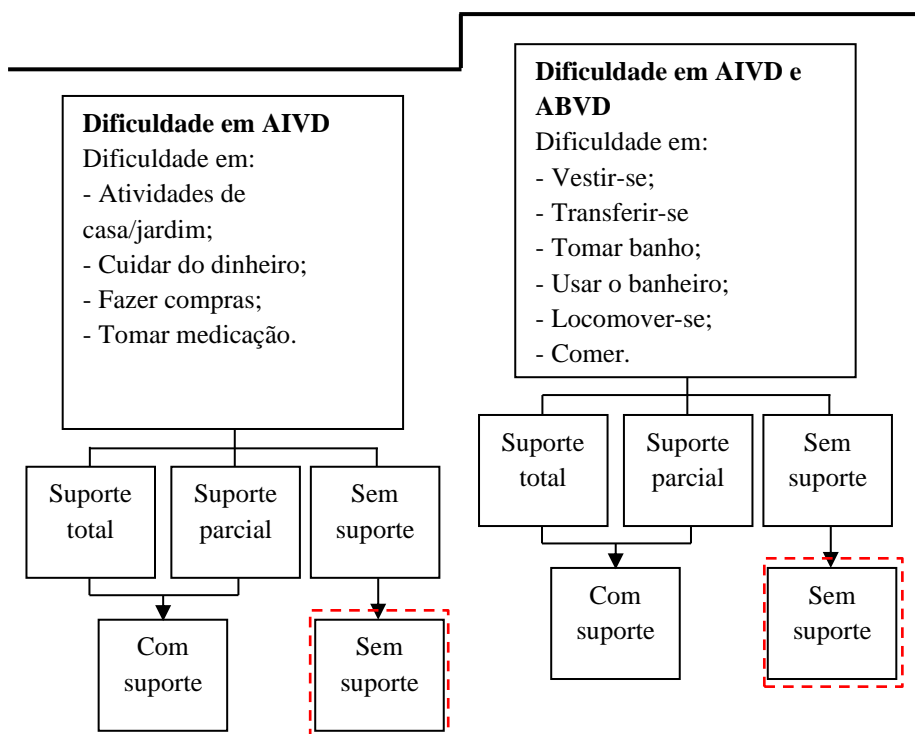
cada grupo. Essa etapa está indicada na Figura 4, sendo o grupo de referência para as análises indicado com linha pontilhada vermelha:



**Figura 4.** Terceira etapa da criação das variáveis de desfecho.

**Fonte:** Elaborada pela autora.

Por fim, realizamos um pré-teste nessa amostra e percebemos que não teríamos uma quantidade de indivíduos suficiente em cada categoria para realizar as análises de regressão e, então, optamos por reclassificar os indivíduos em dois grupos conforme a hierarquização das AVD: 1) indivíduos com dificuldade somente em AIVD; e 2) indivíduos com dificuldade em AIVD e ABVD; e em duas categorias de recebimento de suporte: 1) indivíduos que recebiam suporte, seja total ou parcial, conforme categorias descritas na terceira etapa; e 2) indivíduos que não recebiam nenhum suporte, ou seja, que não recebiam ajuda para todas as atividades que tinham dificuldade. A Figura 4 representa a transição para o processo final de criação das variáveis de desfecho. Foram feitas duas análises: 1) para o grupo dos indivíduos que tinham dificuldade apenas em AIVD; e 2) para o grupo de indivíduos que tinham dificuldade em AIVD e ABVD. As categorias de referência para as comparações das análises de regressão foram os indivíduos que não recebiam nenhum suporte e estão indicadas com a linha pontilhada vermelha.



**Figura 4.** Etapa final da criação das variáveis de desfecho.

**Fonte:** Elaborada pela autora.

### 3.6. Variáveis Comportamentais e Clínicas

As variáveis comportamentais analisadas foram o consumo de álcool, o consumo de tabaco e o nível de atividade física. Em relação ao consumo de álcool, os participantes foram classificados de acordo com a frequência: nunca ou raramente (até uma vez por semana), frequentemente (de duas a seis vezes por semana) e diariamente (todos os dias da semana) (ALEXANDRE et al., 2018). Quanto ao consumo de tabaco, os participantes foram categorizados em “não fumantes”, “ex-fumantes” e “fumantes” (ALEXANDRE et al., 2018).

O nível de atividade física foi avaliado por três questões de acordo com o instrumento “*Physical Activity and Sedentary Behaviour Assessment Questionnaire*” (PASBAQ) validado e utilizado no *Health Survey for England (HSE)*, seguindo a seguinte classificação conforme a frequência: uma vez na semana, mais de uma vez na semana, uma a três vezes ao mês ou raramente ou nunca (SCHOLES et al., 2014). Os exercícios foram classificados em vigorosos (corrida, natação, tênis, musculação, ciclismo e ginástica aeróbica), moderados (jardinagem,



caminhadas em passo moderado, dançar, limpar o carro ou alongamentos) e leves (aspirar a casa, lavar a roupa ou reparos domiciliares) (SCHOLES et al., 2014). Por fim, os participantes foram categorizados em duas categorias: ativos (quando reportaram atividade leve, moderada ou vigorosa pelo menos uma vez na semana) ou sedentários/inativos (quando não reportavam atividade física na semana) (SCHOLES et al., 2014).

Os dados clínicos foram analisados por questões de autorrelato das seguintes condições de saúde: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, câncer, doença pulmonar, doença cardíaca, acidente vascular cerebral, osteoartrite, osteoporose e pelo histórico de quedas nos últimos 12 meses. Analisamos também a auto percepção de visão e audição por autorrelato. As respostas da percepção de visão e audição foram categorizadas em “excelente/muito boa”, “boa” e “regular/ruim” (LILJAS et al., 2017; CAMPOS, RAMKHALAWANSINGH & PICHORA-FULLER, 2018).

O Índice de Massa Corporal (IMC) também foi analisado sendo calculado a partir da divisão do peso do participante (em quilogramas) pela altura (em metros quadrados) ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Os participantes foram classificados seguindo o critério da Organização Mundial da Saúde (OMS) em: apresentando baixo peso ( $< 18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$ ), eutrofia ( $\geq 18,5$  e  $< 25 \text{ kg}/\text{m}^2$ ), sobrepeso ( $\geq 25$  e  $< 30 \text{ kg}/\text{m}^2$ ) ou obesidade ( $\geq 30 \text{ kg}/\text{m}^2$ ) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Os sintomas depressivos foram avaliados pelo instrumento *Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D)*, composto por oito itens, e a nota de corte adotada para o risco de depressão foi a de quatro pontos ou mais (RADLOFF, 1977; GALLAGHER et al., 2016). Por fim, a memória foi avaliada pelo teste de aprendizado da lista de palavras, dividido em duas partes: memória imediata (na qual o participante escuta dez palavras e deve repeti-las imediatamente) e memória tardia (na qual o participante deve recordar as palavras aproximadamente cinco minutos após escutá-las). A pontuação foi calculada pela soma de palavras recordadas corretamente, variando de 0 a 20 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, melhor o desempenho (STEEL, HUPPERT & MCWILLIAMS, 2003).

### **3.7. Análises estatísticas**

As análises descritivas das características dos participantes do estudo foram expressas em médias e desvios padrão para as variáveis quantitativas e em proporções para as variáveis

qualitativas. Em seguida foram comparados os grupos de indivíduos que recebiam e que não recebiam suporte somente para AIVD e para AIVD e ABVD utilizando o teste t de *Student* para as variáveis quantitativas e o teste qui-quadrado para as variáveis qualitativas.

O primeiro modelo de regressão logística analisou quais seriam os fatores associados a se ter o suporte necessário quando a pessoa idosa tem dificuldade e precisa de ajuda somente para AIVD, tendo como referência os indivíduos que não recebiam nenhum suporte para tais atividades. O segundo modelo de regressão logística analisou quais seriam os fatores associados a se ter o suporte necessário quando a pessoa idosa tem dificuldade e precisa de ajuda para o desempenho de AIVD e ABVD, tendo como referência os indivíduos que não recebiam nenhum suporte. Inicialmente, foi realizada uma análise univariada com as variáveis de exposição e foram selecionadas para os modelos finais aquelas com associações de  $p \leq 0,20$ , sendo aplicado o método *stepwise forward*. Nos modelos finais foram consideradas associações estatisticamente significativas aquelas que apresentaram valor de  $p < 0.05$ . Para realizar todas as análises foi utilizado o software estatístico *Stata 16.1 SE (Stata Corp, College Station, TX)*.

#### 4. RESULTADOS

Os resultados e a discussão desta dissertação serão apresentados na forma de artigo.

**Título:** Quais os fatores associados a se ter o suporte necessário quando a pessoa idosa tem dificuldade e precisa de ajuda em atividades de vida diária?

##### Resumo

**Objetivo:** Analisar fatores associados ao suporte quando a pessoa idosa precisa de ajuda para atividades de vida diária. **Metodologia:** Estudo transversal envolvendo 1.428 participantes do *English Longitudinal Study of Ageing*. Aqueles que precisavam de ajuda para atividades instrumentais (AIVD) ou para AIVD e atividades básicas (ABVD) foram divididos em dois grupos: 1) aqueles que não recebiam suporte; e 2) aqueles que recebiam suporte. Questões sociodemográficas, participação social e suporte formal foram analisadas em modelos de regressão logística para identificar os fatores associados a receber suporte. **Resultados:** Ter mais de 80 anos (OR=3,85 IC95% 1,83–8,07), ser mulher (OR=2,01 IC95% 1,14–3,54), ter maior renda (OR=2,68 IC95% 1,01–7,13), ter irmãos (OR=2,13 IC95% 1,16–3,92) e frequentar clubes sociais (OR=2,79 IC95% 1,26–6,16) foram associados a receber suporte quando havia dificuldade em AIVD, enquanto ser casado (OR=0,29 IC95% 0,09–0,90) e frequentar igreja (OR=0,50 IC95% 0,97–0,92) diminuiu a chance de receber tal suporte. Ser homem (OR=1,40 IC95% 1,05–1,88), não morar sozinho (OR=1,81 IC95% 1,10–3,03), ser casado (OR=2,01 IC95% 1,24–3,27) e ter *homecare* (OR=8,00 IC95% 3,80–16,82) foram fatores associados a receber suporte quando havia dificuldade em ABVD e AIVD. **Discussão:** Naqueles com dificuldade em AIVD, maior renda, composição familiar e participação social foram associados ao suporte necessário. Contudo, naqueles com dificuldade em AIVD e

ABVD, o cuidado formal foi o mais importante fator associado. Conhecer tais características é fundamental para planejar a assistência a ser prestada às pessoas idosas.

**Palavras-chave:** Cuidado Domiciliar, Envelhecimento, Planejamento em Saúde e Assistência Social, Padrão de Cuidado, Serviços de Assistência Domiciliar.

## **Introdução**

À medida que a idade avança pode haver declínio funcional e a pessoa idosa pode apresentar dificuldade e precisar de ajuda para realizar suas atividades básicas (ABVD) e instrumentais de vida diária (AIVD) (DA SILVA et al., 2019). Por meio da identificação das atividades de vida diária (AVD) nas quais a pessoa idosa tem dificuldade e precisa de ajuda, é possível também avaliar sua necessidade de suporte, o que contribui para o planejamento adequado da assistência a ser prestada (CARVACHO et al, 2021). Enquanto características clínicas e comportamentais podem influenciar a trajetória de incapacidade de um indivíduo, características da família e da rede de suporte podem influenciar se a pessoa idosa recebe o suporte necessário quando precisa ou não (ALEXANDRE et al., 2012; ALEXANDRE et al., 2014, CARVACHO et al, 2021).

Esses cuidados podem ser prestados de maneira formal (estabelecendo vínculo empregatício) e/ou informal (sem vínculo empregatício), porém mais da metade deles são ofertados de maneira informal (MOSQUERA et al., 2016; MOMMAERTS & YULYA, 2020). No contexto do cuidado informal, pesquisas apontam que a família possui um importante papel na prestação de cuidados à pessoa idosa, com destaque à participação dos filhos e dos irmãos neste processo. No entanto, as mulheres apresentam maior chance de assumir a função de cuidar do que os homens (BONGAARTS, 2001; JENSEN, NIELSON & YORGASON, 2019; SKINNER & SOGSTAD, 2022). Apesar dessas evidências, muitos estudos baseiam-se em amostras de conveniência e estudam apenas pessoas idosas com alguma doença específica ou um ambiente de cuidado restrito (KRISTENSEN et al., 2021). Ademais, para além do papel da família, a participação social também se mostra um importante fator relacionado ao

recebimento e fornecimento de suporte a outros indivíduos (WAITE, DUVOISIN & KOTWAL, 2021).

Por fim, nas situações que demandam maior necessidade de suporte, apenas a prestação de cuidado informal à pessoa idosa pode não ser suficiente e a necessidade de um suporte formal se faz necessário (TEGGI, 2020). Entre as modalidades de cuidado formal, os serviços ofertados com frequência para pessoas idosas na comunidade são os cuidadores formais domiciliares, os centros-dias e o atendimento domiciliar (ou *homecare*), sendo que este último tem crescido significativamente nos últimos anos (LUNT, DOWRICK & LLOYD-WILLIAMS, 2020; GONZALEZ, 2021; MANIS et al., 2022; LIU et al., 2022).

Dessa maneira, é possível perceber que os estudos sobre os cuidados prestados à pessoa idosa são realizados de maneira unilateral, ou seja, estudam estritamente uma modalidade de cuidado ou determinado público e os determinantes do cuidado ainda não estão totalmente claros. Devido à complexidade do tema, analisar quais são os fatores associados às pessoas idosas terem o suporte necessário quando têm dificuldade e precisam de ajuda para as AVD torna-se fundamental para o planejamento da rede de suporte e para formular políticas públicas que atendam de maneira efetiva esse público. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi analisar quais os fatores associados a se ter o suporte necessário quando a pessoa idosa tem dificuldade e precisa de ajuda para realizar apenas AIVD ou para realizar AIVD e ABVD.

## **Método**

Para esta pesquisa, foram utilizados dados do *English Longitudinal Study of Ageing* (Estudo *ELSA*), um estudo longitudinal em painel que se iniciou no ano de 2002 na Inglaterra. A

amostra do Estudo *ELSA* é composta por indivíduos com 50 anos ou mais residentes na comunidade inglesa. Até o momento, o estudo apresenta dez ondas, com intervalo de coleta de informações de dois anos entre cada uma. A coorte original do estudo é composta pelos participantes que foram inseridos na primeira onda, nos anos de 2002 e 2003. A coleta de dados acontece de forma padronizada para todas as ondas, sendo coletados em todas elas dados sociodemográficos, comportamentais e clínicos. Além disso, a cada quatro anos também são coletados dados antropométricos, medidas de desempenho físico e exames laboratoriais (STEPTOE et al., 2013).

A aprovação ética para a coleta de dados em todas as ondas do Estudo *ELSA* foi concedida pelo *London Multicenter Research and Ethics Committee* (MREC 01/2/91) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de iniciarem o estudo.

A amostra deste estudo foi composta por 9.169 participantes da Onda 6 do Estudo *ELSA* (2012). Deste total, foram excluídos 7.088 indivíduos independentes para ABVD e AIVD e/ou que apresentavam menos de 60 anos. Foram excluídos também 653 participantes com dados faltantes para as variáveis de exposição e/ou para a variável de desfecho. Portanto, a amostra final foi composta por 1.428 participantes, sendo que 367 destes indivíduos apresentavam dificuldade e precisavam de ajuda apenas para realizar as AIVD e 1.061 destes indivíduos apresentavam dificuldade e precisavam de ajuda para realizar as AIVD e as ABVD.

## **Exposição**

As variáveis de exposição utilizadas neste estudo foram os dados sociodemográficos, dados sobre a participação social e sobre a rede de suporte formal. As variáveis sociodemográficas analisadas foram a idade (60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos ou mais), o sexo (masculino e feminino), o estado civil (com vida conjugal e sem vida conjugal), a cor da pele (brancos e negros, pardos e asiáticos) e a escolaridade classificada de acordo com o sistema educacional da Inglaterra (0 a 11 anos, 12 a 13 anos e mais que 13 anos de escolaridade). Analisou-se também a renda com base na riqueza familiar, considerando a riqueza financeira (valor acumulado em poupança e investimentos), o valor de qualquer casa e outros bens (exceto hipoteca), o valor de qualquer ativo de negócios e a riqueza física livre de dívidas (obras de arte e joias), sendo categorizada em quintis (da mais baixa riqueza (5º quintil) para a mais alta (1º quintil) (STEPTOE et al., 2013).

Ainda em relação aos dados sociodemográficos, analisou-se o agregado familiar e a composição familiar. O agregado familiar foi analisado pela condição dos participantes de morar sozinho (sim ou não), morar com os filhos (sim ou não) e morar com os netos (sim ou não) (BONGAARTS, 2001). A composição familiar foi avaliada pelo fato de ter filhos (sim ou não), ter pelo menos uma filha mulher (sim ou não) e ter irmãos vivos (sim ou não) (KRISTENSEN et al., 2021).

Em relação aos dados sociais, analisamos a participação social e a rede de suporte formal. A participação social foi avaliada pelo fato de o participante indicar ser membro ou não dos seguintes grupos: (a) partidos políticos/sindicatos; (b) grupos de inquilinos ou moradores; (c) igrejas ou outros grupos religiosos; (d) associações de caridade; (e) grupos de



educação/arte/música; (f) clubes sociais e (g) grupos de esportes, ginástica e exercícios (RONALDSON et al., 2023). As perguntas foram realizadas de maneira separada para cada participação nesses grupos e as variáveis foram criadas da mesma maneira (RONALDSON et al., 2023).

Por fim, a rede de suporte formal foi analisada pelo recebimento ou não de suporte formal para auxílio na execução de pelo menos uma AVD no último mês por profissionais de equipes de atendimento domiciliar/*homecare* (equipe que inclui cuidadores que auxiliam nas AVD ou outros profissionais que prestam cuidados médicos) e por ter frequentado ou não um centro dia no último mês. Optamos por não avaliar a rede de suporte informal, pois as variáveis que utilizamos para analisar o agregado familiar e a composição familiar já caracterizariam essa rede.

## **Desfecho**

O desfecho do presente estudo foi o recebimento de suporte quando o participante apresentasse dificuldade e precisasse de ajuda para a execução das AVD. Os participantes foram divididos em dois grupos: 1) aqueles que apresentavam dificuldade e precisavam de ajuda para realizar apenas AIVD (sendo consideradas dificuldades em uma ou mais das seguintes atividades: atividades de casa/jardim, cuidar do dinheiro, fazer compras e tomar medicação); e 2) aqueles que apresentavam dificuldade e precisavam de ajuda para realizar AIVD e ABVD (sendo consideradas dificuldades em uma ou mais AIVD das acima citadas e uma ou mais das seguintes ABVD: vestir-se, transferir-se, tomar banho, usar o banheiro, locomover-se e comer).

Após dividir os participantes nos dois grupos mencionados acima, identificamos se os mesmos recebiam ou não suporte para a(s) atividade(s) que eles tinham dificuldade. Dessa forma, os participantes foram alocados em dois grupos: 1) aqueles que recebiam suporte para todas as atividades nas quais precisavam de ajuda; e 2) aqueles que não recebiam suporte para todas as atividades nas quais precisavam de ajuda. As categorias de referência para as comparações nas análises foram os indivíduos que não recebiam suporte para todas as atividades nas quais precisavam de ajuda.

### **Demais Variáveis**

Por serem condições que podem causar incapacidade para a realização das AVD, mas que não estão necessariamente associadas à oferta de suporte, os dados comportamentais e clínicos foram utilizados somente para a caracterização da amostra. As variáveis comportamentais analisadas foram o consumo de álcool, o consumo de tabaco e o nível de atividade física. Em relação ao consumo de álcool, os participantes foram classificados de acordo com a frequência: nunca ou raramente (até uma vez por semana), frequentemente (2 a 6 vezes por semana) e diariamente (todos os dias da semana) (ALEXANDRE et al., 2018). Quanto ao consumo de tabaco, os participantes foram categorizados em “não fumantes”, “ex-fumantes” e “fumantes” (ALEXANDRE et al., 2018).

O nível de atividade física foi avaliado por três questões de acordo com o instrumento “*Physical Activity and Sedentary Behaviour Assessment Questionnaire*” (PASBAQ) validado e utilizado no *Health Survey for England (HSE)*, seguindo a seguinte classificação conforme a frequência: uma vez na semana, mais de uma vez na semana, uma a três vezes ao mês ou raramente ou nunca (SCHOLES et al., 2014). Os exercícios foram classificados em vigorosos,

moderados e leves (SCHOLES et al., 2014). Por fim, os participantes foram categorizados em duas categorias: ativos (quando reportaram atividade leve, moderada ou vigorosa pelo menos uma vez na semana) ou sedentários/inativos (quando não reportavam atividade física semana) (SCHOLES et al., 2014).

Os dados clínicos foram obtidos por questões de autorrelato das seguintes condições de saúde: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, câncer, doença pulmonar, doença cardíaca, acidente vascular cerebral, osteoartrite, osteoporose e pelo histórico de quedas nos últimos 12 meses. Analisamos também a percepção de visão e de audição por meio do autorrelato. As respostas foram categorizadas em “excelente/muito boa”, “boa” e “regular/ruim” (LILJAS et al., 2017; CAMPOS, RAMKHALAWANSINGH & PICHORA-FULLER, 2018).

O Índice de Massa Corporal (IMC) também foi analisado sendo calculado a partir da divisão do peso do participante (em quilogramas) pela altura (em metros quadrados) ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Os participantes foram classificados seguindo o critério da Organização Mundial da Saúde (OMS) em: apresentando baixo peso ( $< 18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$ ), eutrofia ( $\geq 18,5$  e  $< 25 \text{ kg}/\text{m}^2$ ), sobrepeso ( $\geq 25$  e  $< 30 \text{ kg}/\text{m}^2$ ) ou obesidade ( $\geq 30 \text{ kg}/\text{m}^2$ ) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Os sintomas depressivos foram avaliados pelo *Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D)*, composto por oito itens, e a nota de corte adotada para o risco de depressão foi a de quatro pontos ou mais (RADLOFF, 1977; GALLAGHER et al., 2016). A memória foi avaliada pelo teste de aprendizado da lista de palavras, dividido em duas partes: memória imediata (na qual o participante escuta dez palavras e deve repeti-las imediatamente) e memória tardia (na qual o participante deve recordar as palavras aproximadamente cinco

minutos após escutá-las). A pontuação foi calculada pela soma de palavras recordadas corretamente, variando de 0 a 20 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, melhor o desempenho (STEEL, HUPPERT & MCWILLIAMS, 2003).

### **Análises Estatísticas**

As análises descritivas das características dos participantes do estudo foram expressas em médias e desvios padrão para as variáveis quantitativas e em proporções para as variáveis qualitativas. Em seguida foram comparados os grupos de indivíduos que recebiam e que não recebiam suporte somente para AIVD e para AIVD e ABVD utilizando o teste t de *Student* para as variáveis quantitativas e o teste qui-quadrado para as variáveis qualitativas.

O primeiro modelo de regressão logística analisou quais seriam os fatores associados a se ter o suporte necessário quando a pessoa idosa tem dificuldade e precisa de ajuda somente para AIVD, tendo como referência os indivíduos que não recebiam nenhum suporte para tais atividades. O segundo modelo de regressão logística analisou quais seriam os fatores associados a se ter o suporte necessário quando a pessoa idosa tem dificuldade e precisa de ajuda para o desempenho de AIVD e ABVD, tendo como referência os indivíduos que não recebiam nenhum suporte. Inicialmente, foi realizada uma análise univariada com as variáveis de exposição e foram selecionadas para os modelos finais aquelas com associações de  $p \leq 0,20$ , sendo aplicado o método *stepwise forward*. Nos modelos finais foram consideradas associações estatisticamente significativas aquelas que apresentaram valor de  $p < 0.05$ . Para realizar todas as análises foi utilizado o software estatístico *Stata 16.1 SE (Stata Corp, College Station, TX)*.

## Resultados

Do total de 1.428 participantes, 367 (25,7%) apresentavam dificuldade e precisavam de ajuda somente para AIVD enquanto 1.061 (74,3%) apresentavam dificuldade e precisavam de ajuda para AIVD e ABVD.

Dentre os 367 participantes que apresentavam dificuldade e precisavam de ajuda apenas para AIVD, 119 (32,4%) não recebiam o suporte que precisavam enquanto 248 (67,6%) recebiam. Na análise comparativa entre aqueles que recebiam ou não o suporte necessário para AIVD, não foram observadas diferenças quanto às características comportamentais e clínicas. Contudo, observou-se que aqueles que recebiam o suporte que precisavam para AIVD eram mais velhos, predominantemente do sexo feminino, sem vida conjugal, moravam mais sozinhos e frequentavam mais clubes sociais do que aqueles que não recebiam o suporte necessário para AIVD.

Dentre os 1.061 participantes que apresentavam dificuldade e precisavam de ajuda para AIVD e ABVD, 376 (35,4%) não recebiam o suporte que precisavam enquanto 685 (64,6%) recebiam. Na análise comparativa do ponto de vista comportamental e clínico, os que recebiam o suporte que precisavam para AIVD e ABVD eram mais sedentários e apresentavam menos sintomas depressivos do que os que não recebiam o suporte que precisavam. Ademais, os que recebiam o suporte que precisavam para AIVD e ABVD eram predominantemente do sexo masculino, com vida conjugal, não moravam sós e faziam mais uso de *homecare* do que os que não recebiam o suporte que precisavam.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas, de participação social e da rede de suporte formal dos 1.428 participantes que tinham dificuldade e precisavam de ajuda para as AIVD ou para as AIVD e ABVD, de acordo com a condição de recebimento de suporte, Estudo *ELSA* (2012).

	Dificuldade e necessidade de ajuda apenas para AIVD n = 367 (25,7%)		Dificuldade e necessidade de ajuda para AIVD e ABVD n = 1.061 (74,3%)	
	Sem suporte n = 119 (32,4%)	Com suporte n = 248 (67,6%)	Sem suporte n = 376 (35,4%)	Com suporte n = 685 (64,6%)
<b>Características sociodemográficas</b>				
Idade, anos (média ± SD)	71,1 ± 7,21	75,6 ± 9,04 <sup>a</sup>	73,7 ± 8,27	73,2 ± 8,33
Idade categórica, (%)				
60-69	47,5	31,0 <sup>a</sup>	34,3	38,7
70-79	35,6	31,5	41,2	37,7
≥80	16,9	37,5 <sup>a</sup>	24,5	23,6
Sexo (feminino), (%)	52,9	69,8 <sup>a</sup>	67,0	54,2 <sup>b</sup>
Estado civil (com vida conjugal), (%)	66,4	41,5 <sup>a</sup>	41,5	65,8 <sup>b</sup>
Cor da pele (negros, pardos e asiáticos), (%)	2,5	3,6	2,9	2,6
Escolaridade, (%)				
0-11 anos	26,1	23,4	21,5	23,8
12-13 anos	30,3	20,6	24,7	25,4
≥13 anos	43,6	56,0	53,8	50,8
Renda, (%)				
5º quintil (mais baixo)	18,5	23,4	26,9	21,8
4º quintil	16,8	23,0	24,2	23,4
3º quintil	26,1	23,8	18,4	24,2
2º quintil	24,4	13,3	18,1	17,4
1º quintil (mais alto)	14,2	16,5	12,4	13,2
<b>Agregado familiar</b>				
Morar só (não), (%)	68,9	50,0 <sup>a</sup>	50,8	73,6 <sup>b</sup>
Morar com os filhos (sim), (%)	12,6	13,3	10,9	13,4
Morar com os netos (sim), (%)	1,7	2,8	2,4	4,1

<b>Composição familiar</b>				
Ter filhos (sim), (%)	86,6	89,5	86,2	90,1
Ter filha mulher (sim), (%)	60,5	67,3	64,4	67,0
Ter irmãos vivos (sim), (%)	68,1	73,0	73,4	73,4
<b>Participação social</b>				
Partidos políticos/sindicatos (sim), (%)	10,1	8,5	7,4	10,1
Grupos de inquilinos/moradores (sim), (%)	11,8	12,9	14,9	15,3
Igrejas ou outros grupos religiosos (sim), (%)	28,6	20,6	25,0	22,6
Associações de caridade (sim), (%)	20,2	13,7	16,5	16,2
Grupos de educação/arte/música (sim), (%)	12,6	11,3	11,7	8,3
Clubes sociais (sim), (%)	8,4	19,8 <sup>a</sup>	20,2	16,5
Grupos de esporte, ginástica ou exercícios (sim), (%)	15,1	11,3	12,2	12,8
<b>Rede de suporte formal</b>				
Homecare (sim), (%)	0,0	4,8	2,4	10,7 <sup>b</sup>
Centro-Dia (sim), (%)	0,0	0,8	1,3	2,0

**Nota:** <sup>a</sup> diferença entre os que recebiam o suporte necessário e os que não recebiam o suporte necessário nos grupos de participantes que apresentavam dificuldade e precisavam de ajuda para AIVD; <sup>b</sup> diferença entre os que recebiam o suporte necessário e os que não recebiam o suporte necessário nos grupos de participantes que apresentavam dificuldade e precisavam de ajuda para AIVD e ABVD.

**Tabela 2.** Características comportamentais e clínicas dos 1.428 participantes que tinham dificuldade e precisavam de ajuda para as AIVD ou para as AIVD e ABVD, de acordo com a condição de recebimento de suporte, Estudo *ELSA* (2012).

	Dificuldade e necessidade de ajuda apenas para AIVD n = 367 (25,7%)		Dificuldade e necessidade de ajuda para AIVD e ABVD n = 1.061(74,3%)	
	Sem suporte n = 119 (32,4%)	Com suporte n = 248 (67,6%)	Sem suporte n = 376 (35,4%)	Com suporte n = 685 (64,6%)
<b>Características comportamentais</b>				
Consumo de álcool (sim), (%)				
Nunca/Raramente	26,9	38,7	39,1	34,9
Frequentemente	42,0	30,6	32,7	36,5
Diariamente	27,7	28,2	25,8	26,1
Sem informações	3,4	2,5	2,4	2,5
Consumo de tabaco (sim), (%)				
Não-fumantes	36,2	32,3	31,9	32,6
Ex-fumantes	52,9	55,2	56,1	57,7
Fumantes	10,9	12,5	12,0	9,7
Estilo de vida sedentário (sim), (%)	5,9	15,3	13,3	20,3 <sup>b</sup>
<b>Características clínicas</b>				
Hipertensão arterial sistêmica (sim), (%)	52,1	60,9	55,9	54,3
Diabetes Mellitus (sim), (%)	18,5	20,2	18,9	18,5
Câncer (sim), (%)	8,4	10,1	6,1	7,2
Doença pulmonar (sim), (%)	14,3	20,2	23,4	23,8
Doença cardíaca (sim), (%)	29,4	37,1	28,7	33,9
Acidente vascular cerebral (sim), (%)	6,7	8,9	9,3	12,0
Osteoartrite (sim), (%)	65,5	57,7	74,7	70,7
Osteoporose (sim), (%)	10,9	18,1	18,9	19,0
Histórico de quedas nos últimos 12 meses (sim), (%)	26,9	41,5	39,4	44,7
Visão, (%)				
Excelente/Muito boa	37,0	33,1	35,4	31,8



Boa	47,0	37,9	40,7	40,1
Regular/Ruim	16,0	29,0	23,9	28,1
Audição, (%)				
Excelente/Muito boa	28,6	34,7	32,4	32,3
Boa	48,7	35,1	34,3	32,3
Regular/Ruim	22,7	30,2	33,3	35,4
Índice de Massa Corporal, kg/m <sup>2</sup> (média ± SD)	29,1 ± 5,77	28,8 ± 6,04	29,93 ± 5,92	30,32 ± 6,10
Índice de Massa Corporal, (%)				
Baixo peso	0,8	1,2	14,6	13,8
Eutrofia	18,5	21,4	0,8	1,3
Sobrepeso	38,7	30,6	29,5	26,6
Obeso	32,8	31,0	38,0	39,6
Sem informações	9,2	15,8	17,1	18,7
Dificuldade em ABVD, (média ± SD)	-	-	1,9 ± 1,20	1,8 ± 1,27
Dificuldade em AIVD, (média ± SD)	1,0 ± 0,25	1,4 ± 0,66 <sup>a</sup>	0,92 ± 0,88	0,98 ± 1,04
Sintomas depressivos (sim), (%)	18,5	19,4	30,1	21,6 <sup>b</sup>
Cognição, escore (média ± SD)	10,2 ± 3,86	8,5 ± 4,05	9,53 ± 3,69	9,12 ± 3,63

**Nota:** <sup>a</sup> diferença entre os que recebiam o suporte necessário e os que não recebiam o suporte necessário nos grupos de participantes que apresentavam dificuldade e precisavam de ajuda para AIVD; <sup>b</sup> diferença entre os que recebiam o suporte necessário e os que não recebiam o suporte necessário nos grupos de participantes que apresentavam dificuldade e precisavam de ajuda para AIVD e ABVD.

A Tabela 3 apresenta os fatores associados a se ter o suporte necessário quando a pessoa idosa tem dificuldade e precisava de ajuda para realizar somente as AIVD ou tem dificuldade e precisa de ajuda para realizar ABVD e AIVD. Entre aqueles participantes que apresentavam dificuldade e precisavam de ajuda somente em AIVD, ter mais de 80 anos (OR=3,85 IC95% 1,83–8,07), ser mulher (OR=2,01 IC95% 1,14–3,54), pertencer ao grupo de maior quintil de renda (OR=2,68 IC95% 1,00–7,13), ter irmãos vivos (OR=2,13 IC95% 1,16–3,92) e frequentar clubes sociais (OR=2,79 IC95% 1,26–6,16) foram os fatores associados a se ter o suporte que necessitavam. Em contrapartida, os participantes que tinham vida conjugal (OR=0,29 IC95% 0,09–0,90) e que frequentavam igrejas ou grupos religiosos (OR=0,50 IC95% 0,97–0,92) apresentaram menos chance de ter o suporte que necessitavam.

Já entre aqueles participantes que apresentavam dificuldade e precisavam de ajuda em ABVD e AIVD, ser homem (OR=1,40 IC95% –1,88), não morar sozinho (OR=1,81 IC95% 1,10–3,03), ter vida conjugal (OR=2,01 IC95% 1,24–3,27) e ter o suporte de *homecare* (OR=8,00 IC95% 3,80–16,82) foram os fatores associados a se ter o suporte que necessitavam (Tabela 3).

**Tabela 3.** Fatores associados a se ter o suporte necessário nos 1.428 participantes que tinham dificuldade e precisavam de ajuda para AIVD ou que tinham dificuldade e precisavam de ajuda para AIVD e ABVD, Estudo *ELSA* (2012).

<b>AIVD</b>		
	<b>OR ajustado</b>	<b>95% IC</b>
<b>Dados sociodemográficos</b>		
Idade		
60 a 69 anos	1,00	
70 a 79 anos	1,40	0,77 – 2,57
80 anos ou mais	3,85	1,83 – 8,07*
Sexo (feminino)	2,01	1,14 – 3,54*
Estado civil (com vida conjugal)	0,29	0,09 – 0,90*
Riqueza		
5° quintil (quintil mais baixo)	1,00	
4° quintil	1,48	0,66 – 3,31
3° quintil	1,06	0,49 – 2,30
2° quintil	0,86	0,37 – 2,02
1° quintil (quintil mais alto)	2,68	1,01 – 7,13*
<b>Composição familiar</b>		
Ter irmãos vivos (sim)	2,13	1,16 – 3,92*
<b>Participação social</b>		
Igrejas/grupos religiosos (sim)	0,50	0,27 – 0,92*
Clubes sociais (sim)	2,79	1,26 – 6,16*
<b>AIVD e ABVD</b>		
	<b>OR ajustado</b>	<b>IC – 95%</b>
<b>Dados socioeconômicos</b>		
Sexo (masculino)	1,40	1,05 – 1,88*
Estado civil (com vida conjugal)	2,01	1,24 – 3,27*
<b>Agregado familiar</b>		
Morar só (não)	1,81	1,10 – 3,03*
<b>Recebimento de suporte formal</b>		
Suporte de <i>homecare</i> (sim)	8,00	3,80 – 16,82*

OR: Razão de chance. IC: Intervalo de Confiança. Modelos ajustados para escolaridade, cor da pele, condição de morar com os filhos, condição de morar com os netos, ter filhos, participar socialmente de partidos políticos, grupos de moradores, associações de caridade, grupo de educação e arte, grupos de exercícios físico e por condição de frequentar centro-dia. \*Significância estatística:  $p < 0,05$ .

## **Discussão**

Os resultados do presente estudo apontam que os fatores associados a se ter o suporte necessário são diferentes para as pessoas idosas que têm dificuldade e precisam de ajuda para desempenhar somente as AIVD e para as que têm dificuldade e precisam de ajuda para desempenhar as AIVD e as ABVD.

Além da idade avançada, que traz consigo um aumento da prevalência de condições de saúde mais complexas bem como maior necessidade de suporte familiar (DA SILVA et al., 2019), encontramos também que as características da composição familiar se associaram a se ter o suporte necessário quando há dificuldade e necessidade de ajuda nas AIVD. Entretanto, percebemos que à medida que a necessidade de cuidados aumenta e a pessoa idosa precisa de ajuda para ABVD e AIVD, existe a necessidade de um suporte para além dos cuidados ofertados pela família, que pode apresentar dificuldades em prestar cuidados mais complexos.

Em relação ao gênero, enquanto para pessoas idosas que têm dificuldade e precisam de ajuda somente em AIVD ser mulher foi um fator associado a se ter esse suporte, para os que têm dificuldade e precisam de ajuda para AIVD e ABVD, ser homem foi o fator associado. Na pesquisa de Fuchs, Gaertner & Prütz (2022), os autores também encontraram que as mulheres têm mais chance de receber suporte quando têm dificuldade apenas em AIVD do que os homens. Torres et al. (2016) atribuem esses achados ao fato de que os homens tendem a ter seu suporte fortemente focado em seus cônjuges, enquanto as mulheres têm uma rede de apoio mais ampliada que inclui o suporte de outros familiares e de amigos próximos. Esses fatores podem explicar nossos resultados, uma vez que também observamos que ter o suporte necessário quando se precisa de ajuda apenas para AIVD está mais vinculado à rede de

suporte que a família e a comunidade oferecem, enquanto quando se precisa de ajuda para AIVD e ABVD, a rede de apoio existente dentro da residência se torna importante, como o fato de ter vida conjugal e não morar só.

Ainda em relação ao estado civil e à condição de morar só, os resultados também se mostraram diferentes em relação aos grupos: quando a necessidade de suporte era só para a AIVD, os não casados tinham mais chance de ter esse suporte, enquanto quando a necessidade de suporte era para AIVD e ABVD, os casados e que não moravam sós tinham mais chance de ter o suporte que necessitavam. Apesar de serem escassos os estudos que analisam o suporte para as pessoas com dificuldade somente em AIVD, é possível perceber que tal suporte nesses casos pode não vir do cônjuge, mas sim da família e da comunidade (TORRES et al., 2016), como também demonstram nossos achados. Por outro lado, o fato do suporte para AIVD e ABVD estar associado a ter um cônjuge e a não morar só têm suporte na literatura que demonstra que a ausência de um parceiro conjugal e também o fato de viver sozinho são associados a maior chance de apresentar necessidade de cuidados para ABVD não atendida, dado que esse suporte é mais complexo (LIU, CHANG & HUANG, 2012; ZHU, 2015).

A maior renda foi associada a se ter suporte apenas entre aqueles que tinham dificuldade e precisavam de ajuda para AIVD. A baixa renda vem sendo demonstrada como um fator associado a necessidade de cuidado não atendida comprovando essa relação inversa entre renda e cuidado (CHEN et al., 2021). Contudo, é válido ressaltar que na Inglaterra, país ao qual se refere o presente estudo, a renda pode não ter sido associada a se ter o suporte para aqueles que tinham dificuldade e precisavam de ajuda em AIVD e ABVD, pois, quando a renda é alta, a pessoa idosa tem condições de arcar com os custos do cuidado e quando a

renda é baixa, a pessoa idosa pode ter acesso aos serviços de cuidado domiciliar pelo sistema *Social Care* ao precisar de cuidados mais complexos.

O fato de ter irmãos aumentou a chance do suporte necessário para AIVD. Há evidências da importância do papel dos irmãos no suporte dos indivíduos que precisam de cuidados, auxiliando também quando se desenvolve alguma incapacidade na velhice, principalmente nos casos em que há ausência de cônjuges e filhos (JENSEN, NIELSON & YORGASON, 2019; ROBERTO & SAVLA, 2022). Além do papel do cuidado, o contato entre irmãos nessa fase pode gerar maior satisfação com a vida e percepção de bem-estar (JENSEN, NIELSON & YORGASON, 2019). Apesar disso, a maioria das pesquisas sobre cuidadores informais se restringe a cônjuges e filhos, e ainda pouco se sabe sobre o papel de outros membros da família que podem prestar o cuidado, como é o caso dos irmãos (ROBERTO & SAVLA, 2022).

Em relação à participação social, encontramos que para os indivíduos que tinham dificuldade apenas para AIVD, participar de clubes sociais foi um fator associado a se ter o suporte necessário. A sociologia nos traz a “teoria das trocas sociais”, que propõe que os indivíduos cultivam as relações sociais buscando reciprocidade, seja econômica, psicológica ou social, e que essa troca pode basear-se na benevolência (AHMAD et al., 2023), o que também poderia explicar nossos achados. Apesar de estudos apontarem os benefícios da participação social em diversas áreas, como na redução do risco de depressão e na prevenção de declínio cognitivo (WANG et al., 2022; FERNÁNDEZ et al., 2023), não encontramos estudos que investigassem a relação entre a participação social e o recebimento de suporte.

Em contrapartida, verificamos que, ainda em relação ao grupo que tinha dificuldade apenas para AIVD, os indivíduos que participavam de igrejas e/ou outros grupos religiosos apresentaram menos chance de receber suporte. Na pesquisa de Siette et al. (2021), os autores verificaram a participação social de pessoas idosas que recebiam serviços comunitários de cuidados para as AVD e encontraram alta porcentagem de indivíduos que relatavam não frequentar serviços religiosos, sendo este o tipo de participação social menos relatada entre esses indivíduos. Krederdt-Araujo et al. (2019) também encontraram, em seu estudo, que indivíduos que têm melhor suporte social realizam menos práticas religiosas. Há evidências de que a religião pode ser um recurso utilizado pela pessoa idosa para sentir-se apoiada (OZ, DURAN & DOGAN, 2022), o que pode explicar nossos achados, uma vez que as pessoas idosas que vão às igrejas podem ter menos apoio disponível quando necessitam.

Por fim, evidenciamos a importância do *homecare* no cuidado de pessoas idosas que apresentam dificuldade e precisam de ajuda em AIVD e ABVD. Dados recentes demonstraram que ele é o serviço do *Social Care* mais utilizado na Inglaterra (LYU et al., 2023). A literatura aponta que os prestadores de cuidados formais desempenham um importante papel ao ajudar as pessoas idosas com necessidades de cuidados a continuarem vivendo em suas próprias casas, além de reduzir os custos em saúde destes indivíduos (BAUER et al., 2019). Os cuidadores informais podem fornecer menos facilmente serviços de apoio relacionados ao corpo do que assistência com várias atividades domésticas. O'Rourke & Beresford (2022) identificam que muitos países têm observado o crescimento de indivíduos que utilizam os serviços de *homecare* e reforçam a necessidade de pesquisas que investiguem essa temática. Apesar dessa importância, nossos resultados mostraram que existem poucos indivíduos que fazem uso de *homecare*, evidenciando que a família ainda é responsável pela maior parte do cuidado fornecido.

Com os achados de nosso estudo, podemos perceber que, quando a pessoa idosa tem dificuldade e precisa de ajuda apenas para AIVD, o suporte ofertado pela família dos indivíduos que têm irmãos e pela comunidade através da participação social são associados a se ter o suporte necessário. Porém, quando o indivíduo passa a ter dificuldade e precisar de ajuda para AIVD e ABVD, o suporte de *homecare* foi um importante fator associado, evidenciando que, a medida em que a complexidade da necessidade de cuidado aumenta, é importante o suporte formal de profissionais preparados em domicílio.

Nosso estudo possui pontos fortes. Em primeiro lugar, temos uma amostra representativa da comunidade inglesa que nos permitiu selecionar, através dos critérios de exclusão, apenas as pessoas que apresentavam dificuldade para as AVD e que também precisavam de ajuda, ou seja, o grupo com necessidade de cuidado. Além disso, grande parte dos estudos tem buscado avaliar quais os fatores associados à necessidade de cuidados não atendida, e nosso estudo propõe a investigação por outra perspectiva, considerando que mais importante do que saber os fatores associados a não ter, é saber os fatores associados a se ter o suporte necessário, para exatamente trazer a discussão de como potencializar as características associadas ao cuidado. Ademais, nosso estudo analisou no mesmo modelo estatístico a influência de várias variáveis que representavam as condições socioeconômicas, características da participação social e da rede de suporte formal dos participantes do estudo, o que possibilitou que encontrássemos diferentes fatores associados ao cuidado conforme o nível de dificuldade para as AVD desses indivíduos, sendo o primeiro estudo a analisar os fatores associados a se ter o suporte necessário quando se precisa de ajuda apenas para AIVD ou para AIVD e ABVD.



Esse estudo também possui algumas limitações que precisam ser reconhecidas. Algumas variáveis que utilizamos em relação à participação social se referiam às perguntas de um questionário de autopreenchimento e, para que o indivíduo pudesse responder, teria que ter sua autonomia preservada. Isso fez com que indivíduos que também são dependentes, mas não têm autonomia, não participassem de nossa amostra final, pois não responderam a essas perguntas.

Concluindo, é possível perceber, então, que existem fatores que não se podem alterar, como o fato do sexo, dos filhos e dos irmãos como fatores associados a se ter o suporte. Porém alguns fatores são passíveis de mudança através das políticas públicas assertivas. Sabe-se também que nem sempre os recursos ideais estão disponíveis, então a combinação de cuidados formais e informais pode ser uma opção. Nossos achados evidenciam a importância do planejamento individual e familiar em relação ao processo de envelhecimento e, a nível governamental, dos países com a formulação e implementação de políticas públicas para lidar com esta demanda que tende a crescer significativamente nos próximos anos.

## **Referências**

ALEXANDRE, T. et al. Disability in instrumental activities of daily living among older adults: gender differences. **Rev Saúde Pública**, v.48, n.3, p. 378-389, 2014. DOI: 10.1590/S0034-8910.2014048004754

ALEXANDRE, T. et al. Gender differences in incidence and determinants of disability in activities of daily living among elderly individuals: SABE study. **Arch Gerontol Geriatr.**, v.55, n.2, p.431-437, 2012. DOI: 10.1016/j.yjger.2011.10.009

ALEXANDRE, T. et al. The combination of dynapenia and abdominal obesity as a risk factor for worse trajectories of IADL disability among older adults. **Clin Nutr**, v.37, p.2045-2053, 2018. DOI: 10.1016/j.clnu.2017.09.018

BAUER, A. et al. Cost-minimisation analysis of home care reablement for older people in England: A modelling study. **Health Soc Care Community**, v.27, n.5, p.1241-1250, 2019. DOI: 10.1111/hsc.12756

BONGAARTS, J. Household size and composition in the developing world in the 1990s. **Popul Stud**, v.55, p.263-279, 2001. DOI: 10.1080/00324720127697

CAMPOS, J.; RAMKHALAWANSINGH, R.; PICHORA-FULLER, M. Hearing, self-motion perception, mobility, and aging. **Hear Res**, p.42-55, 2018. DOI: 10.1016/j.heares.2018.03.025

CARVACHO, R. et al. Met and unmet needs of dependent older people according to the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE): A scoping review. **Rev Esp Geriatr Gerontol**, v.56, n.4, p.225-235, 2021. DOI: 10.1016/j.regg.2021.02.004

CHEN, N. et al. Gender difference in unmet need for assistance with activities of daily living among disabled seniors in China: a cross-sectional study. **BMJ Open**, v.11, n.6, 2021. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-044807

DA SILVA, L. et al. Efeito da idade, período e coorte de nascimento na incapacidade de idosos residentes na comunidade: Coorte de Idosos de Bambuí (1997-2012). **Cad. Saúde Pública**, v.35, n.9, 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00156018

FERNÁNDEZ, I. et al. The role of social and intellectual activity participation in older adults' cognitive function. **Arch Gerontol Geriatr**, 2023. DOI: 10.1016/j.archger.2022.104891

FU, Y. et al. Prevalence and correlates of elder neglect in the community-dwelling Chinese population: New evidence from the CLHLS study. **Front Public Health**, 2023. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1123835

GALLAGHER, D. Depressive symptoms and cognitive decline: a longitudinal analysis of potentially modifiable risk factors in community dwelling older adults. **J Affect Disord**, p.235-240, 2016. DOI: 10.1016/j.jad.2015.09.046

GONZALEZ, L. Long-Term Care Options in Florida: Their Availability by County Demographics. **J Racial Ethn Health Disparities**, v.9, n.2, p.698-707, 2021. DOI: 10.1007/s40615-021-01005-8

AHMAD, R. et al. Social exchange theory: Systematic review and future directions. **Frontiers in Psychology**, 2023. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.1015921

JAKOBSSON, N. et al. Gender bias in public long-term care? A survey experiment among care managers. **Jour of Econ Behav & Organ**, v.131, p.126–138, 2016. DOI: j.jebo.2015.09.004

JENSEN, A.; NIELSON, M.; YORGASON, J. The Longest-Lasting Relationship: Patterns of Contact and Well-Being Among Mid- to Later-Life Siblings. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, v.75, n.10, p.2240-2249, 2019. DOI: 10.1093/geronb/gbz083

FUCHS, J.; GAERTNER, B.; PRÜTZ, F. Limitations in activities of daily living and support needs – Analysis of GEDA 2019/2020-EHIS. **Journal of Health Monitoring**, v.7, n.1, 2022. DOI: 10.25646/9570

KATZ, S. Studies of Illness in the Aged: The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. **JAMA**, v.185, n.12, p.914-920, 1963. DOI: 10.1001/jama.1963.03060120024016

KLERK, M.; BOER, A.; PLAISIER, I. Determinants of informal care-giving in various social relationships in the Netherlands. **Health Soc Care Community**, v.29, n.6, p. 1779-1788, 2021. DOI: 10.1111/hsc.13286

KREDERDT-ARAUJO, S. et al. Spirituality, Social Support, and Diabetes: A Cross-Sectional Study of People Enrolled in a Nurse-Led Diabetes Management Program in Peru. **Hispanic Health Care Int**, v.17, n.4, p.162-171, 2019. DOI: 10.1177/1540415319847493

KRISTENSEN, M. et al. Size and composition of family networks of decedents: A nationwide register-based study. **Palliat Med**, v. 35, n.9, 2021. DOI: 10.1177/026921632199860

LAWTON, M. The functional assessment of elderly people. **J Am Geriatr Soc**, v.16, n.6, p.465-481, 1971. DOI: 10.1111/j.1532-5415.1971.tb01206.x

LILJAS, A. et al. Self-reported vision impairment and incident prefrailty and frailty in English community-dwelling older adults: Findings from a 4-year follow-up study. **J Epidemiol Community Health**, v.71, n.11, p.1053-1058, 2017. DOI: 10.1136/jech-2017-209207

LIU, B. et al. Growth of Fee-for-Service Medicare Home-Based Medical Care Within Private Residences and Domiciliary Care Settings in the U.S., 2012-2019. **J Am Med Dir Assoc**, v.23, n.10, 2022. DOI: 10.1016/j.jamda.2022.06.014

LIU, Y.; CHANG, H.; HUANG, C. The unmet activities of daily living (ADL) needs of dependent elders and their related factors: an approach from both an individual- and area-level perspective. **Int J Gerontol**, v.6, n.3, p.463-468, 2012. DOI: 10.1016/j.ijge.2012.05.009

LUNT, C.; DOWRICK, C.; LLOYD-WILLIAMS, M. What is the impact of day care on older people with long-term conditions: A systematic review. **Health Soc Care Community**, v.29, p.1201-1221, 2020. DOI: 10.1111/hsc.13245

LYU, J. et al. The relationships between informal and formal social care for older people in England: A comparison before and after the Care Act 2014. **Journal of Aging & Social Policy**, 2023. DOI: 10.1080/08959420.2023.2226308

MANIS, D. et al. Defining the Assisted Living Sector in Canada: An Environmental Scan. **J Am Med Dir Assoc**, v.23, n.11, p.1871-1877, 2022. DOI: 10.1016/j.jamda.2022.07.018

MARTIN-MATTHEWS, A. Situating 'home' at the nexus of the public and private spheres: Ageing, gender and home support work in Canada. **Current Sociology**, v.55, n.2, p.229–249, 2007. DOI: 10.1177/0011392107073305

MOMMAERTS, C; YULYA, Y. The Cyclicalness of Informal Care. **J Health Econ**, v.71, 2020. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2020.102306

MOSQUERA, I. et al. Measuring the impact of informal elderly caregiving: a systematic review of tools. **Qual Life Res**, v.25, n.5, p.1059-1092, 2016. DOI: 10.1007/s11136-015-1159-4

O'ROURKE, G.; BERESFORD, B. Research priorities for homecare for older people: A UK multi-stakeholder consultation. **Health Soc Care Community**, 2022. DOI: 10.1111/hsc.13991

OZ, Y.; DURAN, S; DOGAN, K. The Meaning and Role of Spirituality for Older Adults: A Qualitative Study. **J Relig Health**, v.61, n.2, p.1490-1504, 2022. DOI: 10.1007/s10943-021-01258-x

RADLOFF, L. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. **Appl Psych Measur**, p.385-401, 1977. DOI: 10.1177/014662167700100306

ROBERTO, K.; SAVLA, J. Extended Family Caregivers for Persons Living With Dementia. **J Fam Nurs**, v.28, n.4, p.396-407, 2022. DOI: 10.1177/10748407221115455

RONALDSON, A. et al. Physical multimorbidity, depressive symptoms, and social participation in adults over 50 years of age: findings from the English Longitudinal Study of Ageing. **Ag & Ment Healt**, v.27, n.1, p.43-53, 2023. DOI: 10.1080/13607863.2021.2017847

SCHOLES, S. et al. Age- and sex-specific criterion validity of the health survey for England physical activity and sedentary behavior assessment questionnaire as compared with accelerometry. **Am J Epidemiol**, v.179, n.12, p.1493-1502, 2014. DOI: 10.1093/aje/kwu087

SIETTE, J. et al. Social Participation Among Older Adults Receiving Community Care Services. **J Appl Gerontol**, v.40, n.9, p.997-107, 2021. DOI: 10.1177/0733464820938973

SKINNER, M.; SOGSTAD, M. Social and Gender Differences in Informal Caregiving for Sick, Disabled, or Elderly Persons: A Cross-Sectional Study. **SAGE Open Nursing**, v.8, p.1-11, 2022. DOI: 10.1177/23779608221130585

SMITH, J. et al. Profile of informal rural Appalachian caregivers of patients with chronic illnesses. **J Rural Health**, v.38, n.1, p.240-250, 2022. DOI: 10.1111/jrh.12560

STEEL, N.; HUPPERT, F.; MCWILLIAMS, B. Health, wealth and lifestyles of the older population in England: the 2002 English Longitudinal Study of Ageing. **Institute of Fiscal Studies**. 2003.

STEPTOE, A. et al. Cohort profile: the English longitudinal study of ageing. **Int J Epidemiol**, v.42, n.6, p.1640-1648, 2013. DOI: 10.1093/ije/dys168

TEGGI, D. Care homes as hospices for the prevalent form of dying: An analysis of long-term care provision towards the end of life in England. **Soc Sci Med**. 2020. DOI: 10.1016/j.socscimed.2020.113150

TORRES, J. et al. Wealth and Disability in Later Life: The English Longitudinal Study of Ageing (ELSA). **PLoS ONE**, n.11, v.11, 2016. DOI: 10.1371/journal.pone.0166825

WANG, X. et al. Impact of Social Participation Types on Depression in the Elderly in China: An Analysis Based on Counterfactual Causal Inference. **Front Public Health**, 2022. DOI: 10.3389/fpubh.2022.792765

WAITE, L.; DUVOISIN, R.; KOTWAL, A. Social Health in the National Social Life, Health, and Aging Project. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, v.76, n.3, p.251-265, 2021. DOI: 10.1093/geronb/gbab138

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation**. Geneva: World Health Organization; 2000. 253 p.

ZHU, H. Unmet needs in long-term care and their associated factors among the oldest old in China. **BMC Geriatr**, 2015. DOI: 10.1186/s12877-015-0045-9

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo evidenciaram que quando a pessoa idosa tem dificuldade e precisa de ajuda apenas para AIVD, ter 80 anos ou mais, ser mulher, pertencer ao grupo de maior quintil de renda, ter irmãos e participar de clubes sociais são fatores associados a se ter o suporte necessário, enquanto os participantes que tinham vida conjugal e que frequentavam igrejas ou outros grupos religiosos apresentaram menos chance de se ter o suporte necessário. Porém, à medida que a necessidade de cuidado da pessoa idosa aumenta e a mesma passa a ter dificuldade e precisa de ajuda para realizar AIVD e ABVD, ser homem, não morar só, ter vida conjugal e receber o suporte de *homecare* são fatores associados a se ter o suporte necessário.

Nossos resultados nos fazem perceber que, quando a pessoa idosa tem dificuldade e precisa de ajuda apenas para AIVD, a família e a comunidade podem atender ao suporte necessário. No entanto, a medida em que a complexidade da necessidade de cuidado aumenta, é importante o suporte formal de profissionais preparados em domicílio. Além disso, os achados deste estudo apontaram que em relação ao gênero, à condição de morar só, ao estado civil e à renda, os fatores associados também são diferentes entre as pessoas idosas que têm dificuldade e precisam de ajuda somente em AIVD e as que têm dificuldade e precisam de ajuda em AIVD e ABVD, observando que, apesar dos fatores serem independentes entre si, é possível delinear um contexto diferente nos dois grupos em relação àqueles que têm o suporte necessário.

Desta maneira, percebe-se que existem fatores que não se podem alterar, como o fato do sexo, dos filhos e dos irmãos como fatores associados a se ter o suporte. Porém alguns fatores são passíveis de mudança através das políticas públicas assertivas como, por exemplo, proporcionar meios de participação social para aqueles com dificuldade em AIVD e proporcionar o suporte de *homecare* para aqueles com dificuldade em ABVD e AIVD. Em uma realidade de recursos limitados, na qual se sabe que nem sempre o cuidado disponível é o cuidado ideal, nosso estudo objetiva levantar a discussão sobre opções de prestação de cuidados que sejam acessíveis às famílias para planejamento individual e úteis aos órgãos governamentais para a elaboração de políticas públicas que atendam às demandas das pessoas idosas que precisam de cuidados para as AIVD e para as AIVD e ABVD.



## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXANDRE, T. et al. Disability in instrumental activities of daily living among older adults: gender differences. **Rev Saúde Pública**, v.48, n.3, p. 378-389, 2014. DOI: 10.1590/S0034-8910.2014048004754

ALEXANDRE, T. et al. Gender differences in incidence and determinants of disability in activities of daily living among elderly individuals: SABE study. **Arch Gerontol Geriatr.**, v.55, n.2, p.431-437, 2012. DOI: 10.1016/j.ypped.2021.106609

ALEXANDRE, T. et al. The combination of dynapenia and abdominal obesity as a risk factor for worse trajectories of IADL disability among older adults. **Clin Nutr**, v.37, p.2045-2053, 2018. DOI: 10.1016/j.clnu.2017.09.018

AHMAD, R. et al. Social exchange theory: Systematic review and future directions. **Frontiers in Psychology**, 2023. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.1015921

BAUER, A. et al. Cost-minimisation analysis of home care reablement for older people in England: A modelling study. **Health Soc Care Community**, v.27, n.5, p.1241-1250, 2019. DOI: 10.1111/hsc.12756

BEDFORD, V.; AVIOLI, P. Sibling relationships from midlife to old age. **Handb of fam and aging**, p. 125-151, 2012.

BONGAARTS, J. Household size and composition in the developing world in the 1990s. **Popul Stud**, v.55, p.263-279, 2001. DOI: 10.1080/00324720127697

BOWLING, A., PIKHARTOVA, J., DODGEON, B. Is mid-life social participation associated with cognitive function at age 50? Results from the British National Child Development Study (NCDS). **BMC Psychology**, v.4, n.1, 2016. DOI: 10.1186/s40359-016-0164-x.

BUCZAK-STEC, E. et al. Frequency and gender differences in the use of professional home care in late life. Findings from three German old-age cohorts. **Sec. Geriatric Medicine**, v. 9, 2022. DOI: 10.3389/fmed.2022.924818

- CAMPOS, J.; RAMKHALAWANSINGH, R.; PICHORA-FULLER, M. Hearing, self-motion perception, mobility, and aging. **Hear Res**, p.42-55, 2018. DOI: 10.1016/j.heares.2018.03.025
- CARVACHO, R. et al. Met and unmet needs of dependent older people according to the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE): A scoping review. **Rev Esp Geriatr Gerontol**, v.56, n.4, p.225-235, 2021. DOI: 10.1016/j.regg.2021.02.004
- CHEN, N. et al. Gender difference in unmet need for assistance with activities of daily living among disabled seniors in China: a cross-sectional study. **BMJ Open**, v.11, n.6, 2021. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-044807
- CHIANG, M.; YEH, Y.; LIU, C. Development of Day Care Management Systems for Elderly. **Stud Health Technol Inform**, 2017. DOI: 10.3233/978-1-61499-830-3-1215
- COHEN, S.; GOTTLIEB, B.; UNDERWOOD, L. Social relationships and health. In: **Social support measurement and intervention: a guide for health and social scientists**. New York, 2001.
- COMAS-HERRERA, A. et al. European study of long-term care expenditure: investigating the sensitivity of projections of future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom to changes in assumptions about demography, dependency, informal care, formal care and unit costs. **PSSRU Discussion Paper** , London, 2003.
- CROEZEN, S. et al. Social participation and depression in old age: A fixed effects analysis in 10 European countries. **Amer Journ of Epidem**, v.182, n.2, p.168–176, 2015. DOI: 10.1093/aje/kwv015
- DA SILVA, L. et al. Efeito da idade, período e coorte de nascimento na incapacidade de idosos residentes na comunidade: Coorte de Idosos de Bambuí (1997-2012). **Cad. Saúde Pública**, v.35, n.9, 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00156018
- DICKINGS, M. et al. Trajectories of home nursing use for older women in Melbourne, Australia: 2006-2015. **Australas J Ageing**, v.39, n.3, 2020. DOI: 10.1111/ajag.12735
- DIXON, J. et al. Funding and planning for social care in later life: a deliberative focus group study. **Health Soc Care Community**, v.27, n.5, p.687-696, 2019. DOI: 10.1111/hsc.12768

DUGRAVOT, A. et al. Social inequalities in multimorbidity, frailty, disability, and transitions to mortality: a 24-year follow-up of the Whitehall II cohort study. **Lancet Public Health**, v.5, n.1, 2020.

FAMILY CAREGIVER ALLIANCE (FCA). Caregiver statistics: demographics. San Francisco, 2016.

FERNÁNDEZ, I. et al. The role of social and intellectual activity participation in older adults' cognitive function. **Arch Gerontol Geriatr**, 2023. DOI: 10.1016/j.archger.2022.104891

FLATT, T.; PARTRIDGE, L. Horizons in the evolution of aging. **BMC Biol**, v.16, n.1, p.1-13, 2018. DOI: 10.1186/s12915-018-0562-z

FU, Y. et al. Prevalence and correlates of elder neglect in the community-dwelling Chinese population: New evidence from the CLHLS study. **Front Public Health**, 2023. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1123835

FUCHS, J.; GAERTNER, B.; PRÜTZ, F. Limitations in activities of daily living and support needs – Analysis of GEDA 2019/2020-EHIS. **Journal of Health Monitoring**, v.7, n.1, 2022. DOI: 10.25646/9570

GALLAGHER, D. Depressive symptoms and cognitive decline: a longitudinal analysis of potentially modifiable risk factors in community dwelling older adults. **J Affect Disord**, p.235-240, 2016. DOI: 10.1016/j.jad.2015.09.046

GONZALEZ, L. Long-Term Care Options in Florida: Their Availability by County Demographics. **J Racial Ethn Health Disparities**, v.9, n.2, p.698-707, 2021. DOI: 10.1007/s40615-021-01005-8

HAHN, R. What is a social determinant of health? Back to basics. **J of Public Health Res**, v.10, n.2324, 2021. DOI: 10.4081/jphr.2021.2324

HANCOCK, G. et al. The needs of older people with mental health problems according to the user, the carer, and the staff. **Int J Geriatr Psychiatry**, v.18, p.803-811, 2003. DOI: 10.1002/gps.924

HARLOCK, J. et al. Challenges in integrating health and social care: the Better Care Fund in England. **J Health Serv Res Policy**, v.25, n.2, p.86-93, 2020. DOI: 10.1177/1355819619869745

HUMPHRIES, R. Integrated health and social care in England--Progress and prospects. **Health Policy**, v.119, n.7, p.856-859, 2015. DOI: 10.1016/j.healthpol.2015.04.010

JAKOBSSON, N. et al. Gender bias in public long-term care? A survey experiment among care managers. **Jour of Econ Behav & Organ**, v.131, p.126-138, 2016. DOI: j.jebo.2015.09.004

JENSEN, A.; NIELSON, M.; YORGASON, J. The Longest-Lasting Relationship: Patterns of Contact and Well-Being Among Mid- to Later-Life Siblings. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, v.75, n.10, p.2240-2249, 2019. DOI: 10.1093/geronb/gbz083

KATZ, S. Studies of Illness in the Aged: The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. **JAMA**, v.185, n.12, p.914-920, 1963. DOI: 10.1001/jama.1963.03060120024016

KREDERDT-ARAUJO, S. et al. Spirituality, Social Support, and Diabetes: A Cross-Sectional Study of People Enrolled in a Nurse-Led Diabetes Management Program in Peru. **Hisp Health Care Int**, v.17, n.4, p.162-171, 2019. DOI: 10.1177/1540415319847493

KLERK, M.; BOER, A.; PLAISIER, I. Determinants of informal care-giving in various social relationships in the Netherlands. **Health Soc Care Community**, v.29, n.6, p. 1779-1788, 2021. DOI: 10.1111/hsc.13286

KOTWAL, A. Social function and cognitive status: Results from a US nationally representative survey of older adults. **Journ of Gen Inter Med**, v.31, n.8, p.854-862, 2016. DOI: 10.1007/s11606-016-3696-0

KOUVONEN, A. et al. Social participation and maintaining recommended waist circumference: prospective evidence from the English Longitudinal Study of Aging. **J Aging Health**, v.24, n.2, p.250-268, 2012. DOI: 10.1177/0898264311421960

KRISTENSEN, M. et al. Size and composition of family networks of decedents: A nationwide register-based study. **Palliat Med**, v. 35, n.9, 2021. DOI: 10.1177/026921632199860

KRUSE, A. et al. Self-design and prevention potential for older people in institutional long-term care. **Bundesgesundheitsbl**, v.62, n.3, p.247-254, 2019. DOI: 10.1007/s00103-019-02916-y

KUNG, C.; PUDNEY, S.; SHIELDS, M. Economic gradients in loneliness, social isolation and social support: Evidence from the UK Biobank. **Soc Sci Med**, 2022. DOI: 10.1016/j.socscimed.2022.115122

LAWTON, M. The functional assessment of elderly people. **J Am Geriatr Soc**, v.16, n.6, p.465-481, 1971. DOI: 10.1111/j.1532-5415.1971.tb01206.x

LILJAS, A. et al. Self-reported vision impairment and incident prefrailty and frailty in English community-dwelling older adults: Findings from a 4-year follow-up study. **J Epidemiol Community Health**, v.71, n.11, p.1053-1058, 2017. DOI: 10.1136/jech-2017-209207

LISBOA, C.; CHIANCA, T.; Epidemiological, clinical and of functional independence profile of an institutionalized elderly population. **Rev Bras Enferm**, v.65, n.3, p.482-488, 2012. DOI: 10.1590/s0034-71672012000300013

LIU, B. et al. Growth of Fee-for-Service Medicare Home-Based Medical Care Within Private Residences and Domiciliary Care Settings in the U.S., 2012-2019. **J Am Med Dir Assoc**, v.23, n.10, 2022. DOI: 10.1016/j.jamda.2022.06.014

LIU, Y.; CHANG, H.; HUANG, C. The unmet activities of daily living (ADL) needs of dependent elders and their related factors: an approach from both an individual- and area-level perspective. **Int J Gerontol**, v.6, n.3, p.463-468, 2012. DOI: 10.1016/j.ijge.2012.05.009

LUNT, C.; DOWRICK, C.; LLOYD-WILLIAMS, M. What is the impact of day care on older people with long-term conditions: A systematic review. **Health Soc Care Community**, v.29, p.1201-1221, 2020. DOI: 10.1111/hsc.13245

LYU, J. et al. The relationships between informal and formal social care for older people in England: A comparison before and after the Care Act 2014. **Journal of Aging & Social Policy**, 2023. DOI: 10.1080/08959420.2023.2226308

MCMAUGHAN, D.; OLORUNTOBA, O.; SMITH, M. Socioeconomic Status and Access to Healthcare: Interrelated Drivers for Healthy Aging. **Front Public Health**, 2020. DOI: 10.3389/fpubh.2020.00231

MANIS, D. et al. Defining the Assisted Living Sector in Canada: An Environmental Scan. **J Am Med Dir Assoc**, v.23, n.11, p.1871-1877, 2022. DOI: 10.1016/j.jamda.2022.07.018

MARENGONI, A. et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. **Ageing Res Rev**, v.10, n.4, p.430-439, 2011. DOI: 10.1016/j.arr.2011.03.003

MARTIN-MATTHEWS, A. Situating 'home' at the nexus of the public and private spheres: Ageing, gender and home support work in Canada. **Current Sociology**, v.55, n.2, p.229–249, 2007. DOI: 10.1177/0011392107073305

MOMMAERTS, C; YULYA, Y. The Cyclicalities of Informal Care. **J Health Econ**, v.71, 2020. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2020.102306

MOSQUERA, I. et al. Measuring the impact of informal elderly caregiving: a systematic review of tools. **Qual Life Res**, v.25, n.5, p.1059-1092, 2016. DOI: 10.1007/s11136-015-1159-4

MURUTHI, J. et al., Sociodemographic, Health, and Caregiving Patterns of Aging Caregivers in Oregon: Gender Comparisons and the Role of Leisure Activities. **Int J Aging Hum Dev**, v.94, n.3, p.362-382, 2021. DOI: 10.1177/00914150211040458.

NUNES, D. et al. Idoso e demanda de cuidador: proposta de classificação da necessidade de cuidado. **Rev Bras Enferm**, v.71, p.897-907, 2018. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0123

OMS - World Health Organization. **Global strategy and action plan on ageing and health**. Geneva, 2017.

ONU - Organização das Nações Unidas. **World Population Prospects**. New York, 2019. 46 p.

O'ROURKE, G.; BERESFORD, B. Research priorities for homecare for older people: A UK multi-stakeholder consultation. **Health Soc Care Community**, 2022. DOI: 10.1111/hsc.13991

RACHET-JACQUET, L.; ROCKS, S.; CHARLESWORTH, A. Long-term projections of health care funding, bed capacity and workforce needs in England. **Health Policy**, v.132, 2023. DOI: 10.1016/j.healthpol.2023.104815

RADLOFF, L. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. **Appl Psych Measur**, p.385-401, 1977. DOI: 10.1177/014662167700100306

RAINA, P. et al. The combined effect of behavioural risk factors on disability in aging adults from the Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA). **Prev Med**. 2021. DOI: 10.1016/j.ypmed.2021.106609

ROBERTO, K.; SAVLA, J. Extended Family Caregivers for Persons Living With Dementia. **J Fam Nurs**, v.28, n.4, p.396-407, 2022. DOI: 10.1177/10748407221115455

RODRIGUES, R. et al. Assumptions of good practices in home care for the elderly: a systematic review. **Rev Bras Enferm**, v.72, n.2, p.302-310, 2019. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0445

RONALDSON, A. et al. Physical multimorbidity, depressive symptoms, and social participation in adults over 50 years of age: findings from the English Longitudinal Study of Ageing. **Ag & Ment Health**, v.27, n.1, p.43-53, 2023. DOI: 10.1080/13607863.2021.2017847

SCHOLES, S. et al. Age- and sex-specific criterion validity of the health survey for England physical activity and sedentary behavior assessment questionnaire as compared with accelerometry. **Am J Epidemiol**, v.179, n.12, p.1493-1502, 2014. DOI: 10.1093/aje/kwu087

SIETTE, J. et al. Social Participation Among Older Adults Receiving Community Care Services. **J Appl Gerontol**, v.40, n.9, p.997-107, 2021. DOI: 10.1177/0733464820938973

SEIBERT, K. et al. The influence of primary care quality on nursing home admissions in a multimorbid population with and without dementia in Germany: a retrospective cohort study using health insurance claims data. **BMC Geriatrics**, v.22, n.52, 2022. DOI: 10.1186/s12877-021-02731-8

SEZGIN, H; CEVHEROGLU, S.; GÖK, N. Effects of care burden on the life of caregivers of the elderly: A mixed-method study model. **Medicine**, v.101, n.43, 2022. DOI: 10.1097/MD.00000000000030736

- SIEGEL, E. et al. Assisted Living: Optimal Person-Environment Fit. **Res Gerontol Nurs**, v.14, n.1, p.5-12, 2021. DOI: 10.3928/19404921-20201020-01
- SKINNER, M.; SOGSTAD, M. Social and Gender Differences in Informal Caregiving for Sick, Disabled, or Elderly Persons: A Cross-Sectional Study. **SAGE Open Nursing**, v.8, p.1-11, 2022. DOI: 10.1177/23779608221130585
- SMITH, J. et al. Profile of informal rural Appalachian caregivers of patients with chronic illnesses. **J Rural Health**, v.38, n.1, p.240-250, 2022. DOI: 10.1111/jrh.12560
- SOCCI, M. et al. Functional and Psychosocial Profile of Older People Living in Nursing Homes: Findings from the European Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). **Healthcare**, 2023. DOI: 10.3390/healthcare11192702
- STEPTOE, A. et al. Cohort profile: the English longitudinal study of ageing. **Int J Epidemiol**, v.42, n.6, p.1640-1648, 2013. DOI: 10.1093/ije/dys168
- STEEL, N.; HUPPERT, F.; MCWILLIAMS, B. Health, wealth and lifestyles of the older population in England: the 2002 English Longitudinal Study of Ageing. **Institute of Fiscal Studies**. 2003.
- STUCK, A et al. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: A systematic literature review. **Soc Sci Med.**, v.48, n.4, p.445-469, 1999. DOI: 10.1016/s0277-9536(98)00370-0
- PRISTAVEC, T.; LUTH, E. Informal Caregiver Burden, Benefits, and Older Adult Mortality: A Survival Analysis. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, v.75, n.10, p.2193-2206, 2020. DOI: 10.1093/geronb/gbaa001
- TALARSKA, D. et al. Determinants of Quality of Life and the Need for Support for the Elderly with Good Physical and Mental Functioning. **Med Sci Monit**, v.24, p.1604-1613, 2018. DOI: 10.12659/msm.907032
- TEGGI, D. Care homes as hospices for the prevalent form of dying: An analysis of long-term care provision towards the end of life in England. **Soc Sci Med**. 2020. DOI: 10.1016/j.socscimed.2020.113150



TORRES, J. et al. Wealth and Disability in Later Life: The English Longitudinal Study of Ageing (ELSA). **PLoS ONE**, n.11, v.11, 2016. DOI: 10.1371/journal.pone.0166825

VALTORTA, N. et al. Loneliness, social isolation and social relationships: what are we measuring? A novel framework for classifying and comparing tools. **BMJ Open**, v.6, n.4, 2016. DOI: 10.1136/bmjopen2015-010799

WAITE, L.; DUVOISIN, R.; KOTWAL, A. Social Health in the National Social Life, Health, and Aging Project. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, v.76, n.3, p.251-265, 2021. DOI: 10.1093/geronb/gbab138

WANG, X. et al. Impact of Social Participation Types on Depression in the Elderly in China: An Analysis Based on Counterfactual Causal Inference. **Front Public Health**, 2022. DOI: 10.3389/fpubh.2022.792765

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation**. Geneva: World Health Organization; 2000. 253 p.

OMS - World Health Organization. **Social determinants of health**. 2023.

OMS - World Health Organization. **Global strategy and action plan on ageing and health**. Geneva, 2017.

OZ, Y.; DURAN, S; DOGAN, K. The Meaning and Role of Spirituality for Older Adults: A Qualitative Study. **J Relig Health**, v.61, n.2, p.1490-1504, 2022. DOI: 10.1007/s10943-021-01258-x

ZHANG, J. et al. Met and unmet care needs of home-living people with dementia in China: An observational study using the Camberwell Assessment of Need for the Elderly. **Geriatr Geront Int**, v.21, p.102-107, 2021. DOI: 10.1111/ggi.14093

ZHU, H. Unmet needs in long-term care and their associated factors among the oldest old in China. **BMC Geriatr**, 2015. DOI: 10.1186/s12877-015-0045-9